

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS ALCANCES:
REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO
CONSULTÓRIO NA RUA**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS ALCANCES:
REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO
CONSULTÓRIO NA RUA**

Porto Alegre
2018

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS ALCANCES:
REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO
CONSULTÓRIO NA RUA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Rojas Couto

Porto Alegre
2018

Ficha Catalográfica

D812s Duarte, Afrânnia Hemanuely Castanho

O Sistema Único de Saúde e seus Alcances : Reflexões acerca do processo de trabalho do Consultório na Rua / Afrânnia Hemanuely Castanho Duarte . – 2018.

99 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Berenice Rojas Couto.

Co-orientadora: Profa. Dra. Idília Fernandes.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Acolhimento. 3. População em situação de rua. 4. Consultório na Rua. I. Couto, Berenice Rojas. II. Fernandes, Idília. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável: Marcelo Votto Teixeira CRB-10/1974

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS ALCANCES:
REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO
CONSULTÓRIO NA RUA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 16 de janeiro de 2018

Banca examinadora:

Profa. Dra. Berenice Rojas Couto - PPGSS/PUCRS (Orientadora)

Profa. Dra. Jane Cruz Prates - PPGSS/PUCRS

Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilbio - Esefid/UFRGS

Porto Alegre
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao universo e à vida por propiciar um caminho tão transformador apesar de longo, desafiador e difícil, mas cheio de cores, alegrias e amores. Por isso devo agradecer as pessoas lindas que fizeram parte dessa caminhada durante o tempo dedicado a esta dissertação.

Agradeço imensamente aos sujeitos que colaboraram com esse trabalho, destacando meu compromisso ético-político enquanto assistente social e pesquisadora em dar visibilidade teórica e científica desses sujeitos e coletivos. Sem eles nada seria possível!

Agradeço às minhas orientadoras e educadoras Berenice Rojas Couto e Idilia Fernandes pela dedicação, amorosidade, carinho e confiança.

Agradeço às minhas companheiras de trabalho da equipe do Consultório na Rua “Pintando Saúde”, que tanto me ensinaram e permitiram espaços construtivos e de acolhimento às minhas contribuições no processo de trabalho, que muito me inspiraram nessa dissertação.

Agradeço às pessoas lindas que vivenciam e vivenciaram a Residência Integrada em Saúde comigo, residentes e preceptoras, que tanto puderam contribuir em minhas reflexões a respeito deste trabalho.

Agradeço aos que dedicaram a compartilhar a vida comigo. Inicialmente meus pais, Peão (Geraldo) e Cleide que me deram a vida, se esforçaram para proporcionar para mim e para meus irmãos a melhor vida que eu poderia ter e, assim, com o meu processo de educacional.

Agradeço à minha irmã Caroline e meu irmão Ítalo por me darem alegrias, amor e inspirações para viver.

Agradeço às minhas terapeutas que me ampararam nesse processo de transformação.

Agradeço minhas amigas, irmãs e companheiras pelo amor e por colaborarem no meu amadurecimento proporcionado pela amizade da potência feminina: Tiana, Fernanda, Thais M., Thais C., Mabel, Cris, Carine, Daiane, Ana Celina, Vanessa, Rosane...

Agradeço imensamente ao meu companheiro Eduardo pela grande dedicação, por ser sempre parceiro, divertido e amoroso em todos os momentos dessa caminhada. Obrigada por compartilhar contigo esses momentos de aventuras, delícias e amarguras desse amadurecer e florescer da vida.

 Muito Obrigada! Axé! 

RESUMO

A presente dissertação sistematiza o caminho e os resultados da pesquisa desenvolvida durante a realização do Mestrado em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da Escola de Humanidades da PUCRS, que teve por intuito principal analisar o processo de trabalho e as concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua, a fim de identificar a percepção dos (das) trabalhadores (as) do Consultório na Rua e dos (as) usuários (as)-representantes do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) de Porto Alegre para oferecer subsídios para o efetivo acolhimento dessa população e sua garantia de direitos. Para realização do estudo, partimos do entendimento do método dialético crítico e utilizamos o enfoque misto para análise de dados quantitativos e qualitativos. Utilizamos a técnica de pesquisa bibliográfica e empírica a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os sujeitos. O universo da nossa pesquisa foi retirado da totalidade de doze (12) trabalhadores do Consultório na Rua, que corresponde a um serviço público, gerenciado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre e dos quinze (15) usuários (as) representantes do MNPR do mesmo município. Os sujeitos do estudo foram definidos por amostra do tipo intencional e os dados coletados através de entrevista com seis (6) trabalhadores (as) e quatro (4) integrantes (usuário (a) representante) do MNPR. Ao concluir este estudo, é possível afirmar que a concepção de acolhimento em saúde no espaço da rua para os trabalhadores é entrelaçada por estratégias do processo de trabalho, fundamentadas no SUS que garantam o acesso dessa população aos serviços de saúde e intersetoriais. Essas estratégias são emaranhadas com a busca ativa, abordagem, escuta, acolhida, vínculo, confiança, sensibilidade, persistência, entre outros. Para os usuários a concepção não perpassa tanto pela aplicabilidade e construção desse processo de trabalho como para os trabalhadores, mas transcorre pela percepção e sentido de quem recebe esse acolhimento, e de como essa equipe chega até eles. Os usuários apresentam percepções e sentidos de serem tratados como seres humanos de direitos por essa equipe, que respeitam seus modos de vida e constroem relações de afeto e igualdade.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; acolhimento; população em situação de rua; Consultório na Rua

ABSTRACT

The present dissertation systematizes the path and the results of the research developed during the Master's in Social Work in the Graduate Program of the School of Humanities of PUCRS. The main purpose was to analyze the work process and the conceptions of reception in health in the street space to identify the perception of the professionals of the Street Clinic and the users of the National Movement of Street Population (MNPR) in Porto Alegre to offer subsidies for the effective reception of this population and their rights guarantee. We start from the understanding of the critical dialectical method and we used the mixed approach to analyze quantitative and qualitative data. We used the technique of bibliographical and empirical research from the semi structured interviews conducted with the subjects. Our research was made of twelve (12) workers at the Street Clinic, which corresponds to a public service, managed by the Porto Alegre City Hall and the fifteen (15) representatives of the MNPR of the same municipality. The subjects of the study were defined by sample of the intentional type and the data collected through interviews with six (6) workers and four (4) members (representative) of the MNPR. It is possible to affirm that the conception of health reception in the street space for workers is intertwined with work process' strategies, based on SUS that guarantee the access of this population to health and intersectoral services. These strategies are entangled with active pursuit, approach, listening, welcoming, bonding, trust, sensitivity, persistence, and others. About the users, conception doesn't pervade both the applicability and construction of this work process as for the workers, but it happens through the perception and sense of who receives this reception, and how this team reaches them all. The users show us perceptions and meanings of being treated as human rights by this team, who respect their ways of life and build relationships of affection and equality.

Keywords: Sistema Único de Saúde; host; street population; Street Clinic.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População em situação de rua segundo o impeditivo de entrar em locais e realizar atividades	50
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doenças e/ou problemas que o entrevistado possui de UFRGS 73

Tabela 2 - Conhecimento e participação em Fóruns/Movimentos Sociais/ONG
..... 76

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
CDSS - Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde
CdeR – Consultório de Rua
CnaR – Consultório na Rua
DSS – Determinação Social em Saúde
ECOSOL - Projeto Economia Solidária e População em Situação de Rua
ESF – Estratégia Saúde da Família
EPA – Escola Porto Alegre
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania
GHC- Grupo Hospitalar Conceição
GTI – Grupo de Trabalho Interministerial
MDS- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MS – Ministério da Saúde
MNPR – Movimento Nacional da População em Situação de Rua
ONG – Organização Não Governamental
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PNIPSR – Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SIPESQ – Sistema de Pesquisa
SUS – Sistema Único de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: IMPLICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO COM O TEMA ESTUDADO	13
1.1. PASSOS E CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	22
2. O CONSULTÓRIO NA RUA: SUA CONSTRUÇÃO, METODOLOGIAS DE TRABALHO, FUNDAMENTOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
2.1. A UNIDADE DE SAÚDE COM RODAS	29
2.2. A PROTEÇÃO SOCIAL E AS NECESSIDADES HUMANAS	33
2.2.1. Sobre Direito e Mérito	38
2.3. APROXIMAÇÕES DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO PROCESSO DE TRABALHO NO ESPAÇO DA RUA.....	41
2.4. CONCEPÇÃO DE SAÚDE: DETERMINANTES E DETERMINAÇÃO SOCIAL.....	57
2.5. DEFINIÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)	62
3. MAS AFINAL: DE QUAL POPULAÇÃO ESTAMOS FALANDO?	68
3.1. AQUELE (A) QUE HABITA A RUA	68
3.2. MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA (MNPR)	68
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A	87
APÊNDICE B	88
APÊNDICE C	89
ANEXO A	91
ANEXO B	92
ANEXO C	95

1. INTRODUÇÃO: IMPLICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO COM O TEMA ESTUDADO

Iniciamos a presente introdução dessa dissertação, construída a partir da nossa experiência de vida, como mulher, estudante, militante e trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas idas e vindas dessa vida, nos percebemos entre as durezas de um longo caminho. Em constante aprendizado e transformações, consideramos que é preciso estar sempre atento às possíveis quebras e superação das durezas cotidianas e dar espaço à existência da beleza, da esperança e ao realce da leveza dessa vida.

Neste caminho, ingressamos no curso de Serviço Social no ano de 2006, pela Universidade Estadual de Londrina e, durante a graduação, pudemos vivenciar experiências no campo da saúde. E foi a partir dessas vivências que resultou o trabalho de conclusão da graduação, com objetivo de analisar a construção do exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde no município de Londrina, por meio da experiência dos participantes do GRASS – Grupo de Assistentes Sociais da Área da Saúde.

Em 2010, ano de conclusão da graduação, um novo caminho se iniciou ao sul do estado. Na cidade de Curitiba, iniciamos as atividades da pós-graduação, no Programa de Residência Multiprofissional, com ênfase na Saúde da Mulher no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR). Dentre os diferentes estágios ofertados na Residência, citamos dois em especial que nos proporcionaram uma vivência densa e, ao mesmo tempo, enriquecedora no processo de aprendizagem. O primeiro se refere ao Pronto Atendimento da Maternidade e, nesta unidade, junto à equipe multiprofissional realizávamos os atendimentos por meio do acolhimento às mulheres vítimas de violência sexual.

O segundo campo de estágio que citamos aqui em especial, se desenvolveu no ambulatório de pré-natal da mesma maternidade. O que nos chamou atenção nesse estágio foram as formas de acesso das usuárias gestantes ao pré-natal de alto risco, principalmente aquelas usuárias que apresentavam um contexto de vulnerabilidade social¹. No que compete às

¹ O conceito de vulnerabilidade inicialmente foi associado à saúde pública no contexto da epidemia do HIV/AIDS, mas limitava-se a fatores considerados individuais. Utilizaremos aqui o

formas de acesso e do acolhimento, a instituição não apresentava um fluxo formal, essas informações eram obtidas através dos relatos das trabalhadoras e dos trabalhadores que faziam parte da equipe.

Partindo dessa vivência no campo da saúde e com a nossa identificação com o tema, no que compete ao acesso das usuárias e ao acolhimento em saúde, na Residência o estudo do nosso trabalho de conclusão se desenvolveu com objetivo de compreender e deixar evidente as formas de acesso das mulheres gestantes no pré-natal de alto risco do HC-UFPR, através do uso do fluxograma descritor.

Os caminhos rumo ao sul do país tiveram continuidade e no ano de 2012 passamos a morar no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, ao iniciarmos o trabalho junto ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que fizemos parte da equipe de assistência na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição durante dois meses e, na sequência, nossa experiência profissional se desenvolveu em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do GHC, até setembro de 2015, local onde o processo de trabalho e os estudos sobre o acolhimento em saúde, principalmente a pessoa em situação de rua, também nos chamou a atenção.

Nos seguintes trajetos e desenhos deste caminhar da vida, atualmente desenvolvemos nosso trabalho na equipe do Consultório na Rua "*Pintando Saúde*" do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que possui uma modalidade de atendimento extramuro, utilizando-se do espaço da rua como o principal local de acolhimento à saúde aos usuários e usuárias em situação de rua, assim como a interlocução com outros pontos de atenção da rede de saúde.

A partir dessa vivência enquanto mulher, militante, trabalhadora e agora mestranda, as formas de acesso aos serviços de saúde e o processo de trabalho do acolhimento neste caminho nos chamam atenção, pois é o

conceito de Vulnerabilidade social e risco conforme a Política Nacional de Assistência Social que define como seu público usuário como: "Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social" (PNAS, 2004, 2013, p. 31).

momento inicial do encontro entre usuárias e usuários, bem como trabalhadoras e trabalhadores, e na rua isso vai acontecer através de busca ativa, da abordagem e do acolhimento². Ou seja, há um processo invertido, diferente daquele que ocorre quando a usuária ou o usuário busca algum serviço. Na rua muitas vezes são as trabalhadoras e os trabalhadores que assumem essa demanda e a necessidade de buscar esses usuários. Através desses primeiros encontros, procuram favorecer a construção de vínculo e apresentar o que o próprio serviço e a rede de atendimento intersetorial poderão oferecer, a partir de suas necessidades.

Destacamos a escolha do uso da palavra *alcance* no título dessa dissertação, pois consideramos o significado da palavra (*conseguir o que se pretende; atingir metas; compreender, etc.*), articulado as significações e objetivos do SUS, apresentam entendimento e perspicácia em relação a populações e áreas específicas das ações planejadas em saúde.

Por meio da experiência, enquanto trabalho, em uma equipe de Consultório na Rua observamos muitas pessoas que perguntam curiosas sobre como é trabalhar na rua e como é chegar, se aproximar dessas pessoas, como se fosse algo estranho ao trabalho já realizado nas instituições de saúde. De todo modo, acreditamos que também não seja uma curiosidade fora da realidade, pois muitas vezes há um forte sentimento de desafio neste trabalho no espaço da rua. Podemos considerar que são desafios diferentes dos demais que existem no trabalho “dentro” de uma unidade, nesse sentido acreditamos que esse diferencial, ou essa particularidade, também é parte da construção do tema e da questão principal desta pesquisa.

Chupel (2008), a partir de seu estudo, considera que não é possível realizar generalizações sobre o acolhimento, pois em diferentes autores podemos encontrar perspectivas distintas. A autora considera que a discussão do acolhimento é perpassada por influências da vertente crítica, por autores da saúde coletiva, e outras influências da vertente conservadora.

² Por meio dessa vivência e análise dos dados observamos e apontamos ao longo do trabalho as diferentes denominações de técnicas operativas desses atendimentos no espaço da rua, como: acolhimento na rua, busca ativa e abordagem.

Partimos de uma direção teórica crítica do processo de acolhimento em saúde, que deve ser tomado enquanto dispositivo de mudança na reorganização dos serviços, seja nos processos de trabalho da própria instituição, seja na organização e gestão das políticas sociais. Nesse sentido, torna-se fundamental a aproximação entre o planejamento das políticas e sua efetivação nas instituições de saúde, tendo em vista que, atualmente, observa-se dificuldades significativas em materializar ações nos serviços de saúde por diversos fatores, desde a desvalorização e o desmonte do SUS, à precarização das condições de trabalho, passando pelo direcionamento da formação dos trabalhadores de saúde por um modelo de saúde privada, entre outros aspectos da mesma ordem.

Dessa forma, a presente pesquisa tem como problema compreender como se desenvolve e é percebido por trabalhadores (as) e usuários (as) o acolhimento em saúde no espaço da rua, realizado pelo Consultório na Rua no município de Porto Alegre. A pesquisa fundamentou-se nos estudos da linha de pesquisa do Curso de Pós-Graduação denominada *Serviço Social e Processos de trabalho*.

O primeiro projeto do Consultório de Rua no Brasil surgiu no ano de 1999 através da iniciativa e experiência no município de Salvador no estado da Bahia, coordenado pelo professor e médico Antonio Nery Filho. No ano de 2009 o Ministério da Saúde (MS), através desta experiência, propôs uma iniciativa vinculada à Coordenação da Política de Saúde Mental com foco na dependência química e, em 2010, essa estratégia passou a integrar o Plano de enfrentamento ao *crack*. Neste sentido, as experiências no Consultório de Rua do País estavam inicialmente vinculadas à Coordenação de Saúde Mental e gradualmente passaram a ser vinculadas ao Departamento de Atenção Básica, considerando outras necessidades de saúde desta população, além da redução de danos e da atenção à dependência química (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Conforme a Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, a equipe itinerante passou da denominação de Consultório *de* Rua (CdeR) para Consultório *na* Rua (CnaR) no ano de 2012, compondo uma modalidade de

equipe de atenção básica, que possui como um dos objetivos compartilhar o cuidado em saúde desta população com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em suas instalações no território³, assim como nos Centros de Referência Psicossocial (CAPS), na Rede de Urgência e Emergência, entre outros pontos de atenção.

Houve um processo de expansão da rede de assistência às urgências de saúde, por meio da implementação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) nos municípios de várias regiões do país. Essas discussões retratam a conjuntura atual dos municípios brasileiros e sua oferta de acolhimento nos serviços para o atendimento à saúde, assim como a rede setorial que dialoga com o CnaR, como é o caso do município de Porto Alegre, que atualmente conta com serviços e equipes de trabalhadores gerenciadas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde e outras terceirizadas por Empresas ou Fundações Públicas de Direito Privado, Parcerias Público-Privadas e instituições filantrópicas.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Porto Alegre, publicado no ano de 2013 referente ao período vigente (2014/2017), a atenção básica do município dispõe de 34 UBS, algumas possuindo mais de 18 mil habitantes por área de atuação, ultrapassando o percentual estipulado pela Política Nacional de Atenção Básica (2012)⁴. Já o número de Unidades de Saúde da Família (USF) totaliza 94 e conta com 189 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) instaladas. No entanto, evidencia-se que um total de 45 equipes de ESF estariam incompletas, com falta de trabalhadoras e trabalhadores.

³ “O território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. O município pode ser dividido em diversos territórios para implementação das áreas de abrangência das equipes de unidades básicas e saúde da família. O território pode estar contido num único município ou se referir a um conjunto de municípios que guardam identidades comuns e constituem, entre si, modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária” (BRASIL, 2011, p. 371).

⁴ Algumas diferenças entre as equipes de ESF e de UBS referem-se o número da população em que a equipe deve ser responsável no território; a composição dos profissionais da equipe; entre outros. Neste trabalho não temos a intenção de aprofundar a discussão. Para detalhes, consultar a Política Nacional de Atenção Básica (2012).

A Prefeitura de Porto Alegre possui a *contratualização* com o GHC, que é diretamente vinculado ao Ministério da Saúde e desenvolvem ações de gestão, assistência, ensino, pesquisa e avaliação, através de suas estruturas institucionais 100% SUS. Entre os dados apresentados da PMS, o GHC é composto por quatro hospitais, doze Unidades de Atenção Básica e Saúde da Família, um CnaR, três CAPS, uma UPA e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC). Todos os estabelecimentos ficam localizados, em sua maioria, na Zona Norte da Capital.

Em relação às equipes de CnaR, o município possui além daquela gerenciada pelo GHC, que é responsável pela região Norte do município, conta também com o CnaR responsável pela região central de Porto Alegre, este gerenciado pela SMS. De acordo com a Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011, o número de CnaR por município deve ser tomado como referência pelo cálculo e base em censos e pesquisas oficiais da população em situação de rua. O parâmetro adotado será de uma equipe de CnaR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua.

Conforme censo realizado em Porto Alegre pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC)⁵ em 2010 o número era de 1.347 pessoas em situação de rua no município. O censo⁶ mais atual do município realizado e apresentado no ano de 2016 pela FASC e pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) aponta o número de 2.115 adultos em situação de rua.

Apesar dos dados corresponderem ao parâmetro adotado pela portaria citada, verifica-se que, para o porte do município de Porto Alegre, estimado em 1.484.941 habitantes (dados do IBGE), as outras regiões municipais como zona Sul, Leste e Oeste ficam desassistidas, pois além de não terem outras equipes de CnaR, os territórios contam com equipes de atenção básica precarizadas com estratégias de acolhimento ainda em implementação.

⁵ Informações do Relatório Final do Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre – 2011, para detalhes consultar: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/relatorio_final19mar\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/relatorio_final19mar[1].pdf)>

⁶ Informações do Relatório Final do Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS, para maiores informações consultar: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=120>

Nesse contexto o Governo Municipal, através do vigente PMS, apresenta o processo de acolhimento em saúde como uma ferramenta necessária à integralidade e resolutividade dos atendimentos nos serviços de saúde. No entanto, é possível visualizar no PMS que o enfoque nas UPA's, até o momento tem sido a implementação do instrumento da Classificação de Risco⁷. No tocante às Unidades de Atenção Básica de Saúde, algumas estão em processo de implantação do acolhimento, sendo que o município não dispõe, ainda, do quantitativo desse processo nessas unidades, mas considera fundamental a qualificação destes trabalhadores no acolhimento para a aproximação dos usuários em situação de rua (PORTO ALEGRE, 2013).

No que se refere à classificação de risco como um instrumento utilizado no acolhimento em saúde nas unidades básicas, o município possui um documento da SMS, chamado *Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica*, do ano de 2015, que orienta os trabalhadores sobre a necessidade de se ater à peculiaridade de urgência a pessoa em situação de rua:

Pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas devem ter seu atendimento priorizado para o mesmo turno em virtude da grande vulnerabilidade social apresentada, ainda que o risco físico ou biológico não se faça presente (PORTO ALEGRE, 2015. p.21).

Justifica-se que a implantação do acolhimento nas Unidades, no município de Porto Alegre, está em andamento, mas depende das diferentes características das Unidades, principalmente dos territórios e da equipe de trabalhadores, conveniadas ou não pois, de acordo com o aludido PMS, o acolhimento configura-se como um processo subjetivo e não há como prever o tempo para cada equipe implementar. A despeito disso, Porto Alegre segue apresentando como meta a ampliação das ações padronizadas de acolhimento em todas as unidades de saúde (PORTO ALEGRE, 2013).

Esses dados demonstram os limites da estrutura institucional, que interfere no acolhimento da população usuária. Importa deixar claro que a

⁷ De acordo com o Ministério da Saúde (2009) a classificação de risco é um instrumento que objetiva avaliar e identificar a gravidade da situação através da representação de cores. Essa classificação é realizada através do atendimento da enfermagem e a cor das classificações indicará o tempo médio de espera para a consulta médica.

classificação de risco é um instrumento e técnica a ser utilizada no processo de acolhimento dos usuários e usuárias. Contudo, essa ferramenta aplicada isoladamente não garante por si só a qualidade e a resolutividade da assistência.

Acolher a usuária ou o usuário ultrapassa o atendimento de seus problemas pontuais, implica também na realização da interpretação *sócio-histórica* das condições de vida da população, assim como de suas formas de organização coletiva, realizando uma relação entre as demandas individuais imediatas e coletivas.

Ao mesmo tempo em que acolher assume essa complexidade, também compreendemos que a atenção à totalidade e determinação social como forma de reprodução social da vida devem ser atribuídas a toda equipe multiprofissional durante o acolhimento. Pois, para além de discutir casos isolados das situações de saúde dos usuários, muitas vezes descolados dos contextos de vida social e singulares, a equipe multiprofissional e a população organizada devem assumir o papel de tensionar a realidade estabelecida, buscando alternativas coletivas para os problemas de saúde identificados.

Para além do contexto municipal abordado, é importante sinalizar o contexto nacional atual em que vivemos através do desmonte das políticas públicas e sociais. Diferente de uma defesa e sustentação de cunho universal e que busquem a emancipação política dos sujeitos, as gestões municipal, estadual e federal, ao contrário disso, têm defendido e afirmado ações e políticas focadas e deterministas, por meio de ações higienistas reportadas pela mídia nacional recentemente.

Um exemplo disto seriam as atuais ações da gestão do Prefeito Nelson Marchezan Júnior em Porto Alegre e do Prefeito João Doria em São Paulo, dentre outros que representam discursos valorativos e meritocráticos. Discursos e ações em nome da defesa das famílias, do “bem-estar” da cidade, na luta contra as drogas. Nesse sentido podemos nos questionar: que vidas merecem ser defendidas e protegidas na atualidade? Quais são as raças, gênero e classes sociais dessas vidas protegidas? As reivindicações de alguns governos municipais pelos territórios do centro das cidades, por exemplo,

apresentam uma autodefesa do Estado frente à ofensiva das drogas, em defesa da ordem social e da higienização da cidade, no qual consideramos serem formas veladas de guerra nas ruas.

Butler (2015), apesar de apresentar reflexões a partir de um contexto de guerra, agrega conteúdos que se aproximam da valorização da vida frente às ações prioritárias do governo e as formas de violência institucional, justificadas pelo estado e pela mídia.

As vidas são divididas entre aquelas que representam determinados tipos de estado e aquelas que representam ameaças à democracia liberal centrada no Estado, de tal modo que a guerra possa então ser travada de forma legítima em nome de algumas vidas, ao mesmo tempo que se pode defender de forma legítima a destruição de outras vidas (Butler, 2015, p.85-86).

As ações violentas e de higienização demonstram a serviço de quem este governo atua e a quem ignora ou descarta, na medida em que realiza o desmonte e o corte de programas e projetos, como foi o caso do projeto “De Braços Abertos” (DBA)⁸, destinado a população em situação de rua e usuários de drogas, criado no ano de 2015. O projeto articulava o cuidado intersetorial dessa população na cidade de São Paulo e as equipes de CnaR e CAPS AD faziam parte das ações deste programa. Verifica-se que a continuidade desses programas e projetos fica ameaçada por políticas de governo conservadoras e não garantidas por uma política de Estado que faça a defesa dessa população.

Frente a isso, devemos estar atentos ao cuidado em saúde, fundamentado nas práticas sociais e institucionais, voltadas a um discurso simbólico, que reproduz códigos binários e práticas de exclusão a partir da ideia de higienização social, atendendo as pessoas somente com o objetivo de tirá-las da rua e da abstinência do uso de drogas. Como questionar o ato isolado de sair ou não da rua, usar ou não drogas.

Para Matos (2017, p.21):

⁸ O DBA ofereceu acomodações em quartos de hotéis do entorno, três refeições diárias em um restaurante público local, oportunidade de trabalho e renda em serviços de zeladoria municipal e mediação de acesso a serviços de saúde para as pessoas identificadas como “usuárias de crack”, sem a exigência de interrupção do consumo dessa ou de outras drogas. Tratou-se de um tipo de ação pública inédita, especialmente considerando a enorme diferença qualitativa deste programa em relação às medidas repressivas anteriores e também em relação à proposta implementada pelo governo do estado de São Paulo. Para maiores informações acessar: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Bra%C3%A7os-Abertos-1-2.pdf>>.

[...] a abertura das categorias de diferenciação permite que se tornem visíveis as construções dos eixos das diferenças, que são naturalizadas e hierarquizadas nas relações, práticas sociais e institucionais, gerando, das mais variadas formas, exclusão social, dor e sofrimento. Dessa maneira, é possível desvelar a violência simbólica que legitima e justifica a dominação social em suas diversas manifestações cotidianas. É possível ainda mostrar como operam os sistemas de classificação/desclassificação social em diferentes contextos e, com isso, desconstruir os códigos binários, sempre presentes nas categorias de diferenciação, que estão sempre produzindo e reproduzindo assimetrias arbitrariamente construídas entre os indivíduos.

Os marcadores sociais também devem ser levados em conta na construção de políticas públicas para este seguimento populacional. As categorias como classe social, gênero, raça devem substanciar ações que realmente atendam expressões da realidade, são interações e intersecção de formas de subordinação dinâmicas e não estáticas.

No desenvolvimento desta dissertação e no traçar deste percurso, abordamos o caminho metodológico trilhado. Em seguida, apresentamos através da fundamentação teórica alguns conceitos centrais da pesquisa, como o acolhimento em saúde, o cuidado *in loco* da população em situação de rua e conceitos que se aproximem da caracterização desta população.

1.1. PASSOS E CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para realização do estudo, partimos do entendimento do método dialético crítico e utilizamos o enfoque misto, analisando dados quantitativos e qualitativos que, de acordo com Prates (2012, p.117):

Sujeitos, realidade e fenômenos são constituídos por elementos temporais, por exemplo, cuja identificação e reconhecimento são essenciais para que possamos explicar as suas transformações em diferentes estágios, que manifestam qualidades distintas. Não há como esperar que uma criança ande com 3 ou 4 meses, por que o tempo de maturação do seu corpo, um dado quantitativo, ainda não permite a transformação do não andar em andar. Mas a simples ou complexa maturação do corpo infantil não é suficiente para garantir a superação dessa contradição. São igualmente necessários aspectos de difícil quantificação, como estímulos, o contexto onde esse processo se realiza, entre outros condicionantes.

Destacamos aqui a relação e articulação entre qualidade e quantidade, expressas no movimento de maturação e desvendamento do real. Ainda de acordo com Prates (2012) o reconhecimento da categoria dos assistentes sociais quanto à importância da obra marxiana, realizada nos processos de

análise e intervenção da realidade social, tem contribuído para desocultar as diversas expressões da questão social, a partir do aporte de categorias que emanam do real e a ele retornam para desocultar a realidade social, histórica e concreta. O método marxiano, a partir da dialética materialista e histórica desenvolve um movimento de superação e de transformação da realidade. Para Prates (2012), é importante que nossas pesquisas possam se pautar em fundamentos coerentes com nosso Projeto Ético Político que se fundamentam nessa matriz.

O objetivo geral da pesquisa é analisar o processo de trabalho e as concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua, a fim de identificar a percepção das trabalhadoras e dos trabalhadores do Consultório na Rua e das usuárias e usuários-representantes do Movimento Nacional da População de Rua de Porto Alegre para oferecer subsídios para o efetivo acolhimento dessa população e sua garantia de direitos.

A partir do objetivo geral da pesquisa, elegemos quatro objetivos específicos: a) conhecer as diretrizes e ações que orientem o processo de trabalho no acolhimento no espaço da rua, a fim de identificar quais são as estratégias vinculadas a Política Pública de Saúde; b) analisar o trabalho da equipe de saúde que realiza o acolhimento aos usuários na rua, para identificar quais ações que objetivam a integralidade do cuidado em saúde; c) identificar as potências e os limites do acolhimento no espaço da rua, a fim de refletir sobre as estratégias inovadoras no campo da saúde; d) identificar a percepção do acolhimento para as usuárias e usuários-representantes do MNPR, a fim de refletir sobre o cuidado em saúde, além do instituído.

Tratando-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, com ênfase na pesquisa qualitativa, utilizamos a técnica de pesquisa bibliográfica e empírica a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os sujeitos.

O universo da nossa pesquisa foi retirado da totalidade de doze (12) trabalhadores do Consultório na Rua, que corresponde a um serviço público, gerenciado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre e dos quinze⁹ (15) usuárias e usuários-representantes do Movimento Nacional da População de

⁹ Número aproximado de integrantes assíduos, divulgado pelos representantes do MNPR.

Rua (MNPR) da região central do mesmo município. Os sujeitos do estudo foram definidos por amostra do tipo intencional e foram coletados os dados através de entrevista com seis (6) trabalhadoras e trabalhadores que compõem a equipe do CnaR e quatro (4) integrantes (usuários e usuárias-representantes) do MNPR. As entrevistas foram do tipo semiestruturadas totalizando dez (10) entrevistados, a partir de roteiro elaborado com perguntas abertas (Apêndice A e B).

Nossa amostra teve como critério de inclusão os trabalhadores que estão no CnaR há um ano, no mínimo, e que realizem atendimento direto com os usuários. Já os integrantes do MNPR receberam ou acompanharam algum atendimento realizado pela equipe do Consultório na Rua. O critério de exclusão dos sujeitos foi para aqueles com idade inferior a 18 anos.

Em relação às questões de identificação dos sujeitos, dos 04 usuários entrevistados, todos (100%) são do sexo masculino e com profissões diversas, 02 (50%) deles afirmaram estar vivendo em abrigo e os outros 02 (50%) em situação de rua. Quanto ao tempo de participação no MNPR, 02 (50%) disseram que participam há menos de um mês e 02 (50%) deles há mais de 03 anos.

A respeito dos dados das trabalhadoras e trabalhadores, dos 06 entrevistados, 05 (83,3%) são do sexo feminino e 01 do masculino. Em relação ao tempo de trabalho na equipe, dentre os entrevistados, 01 refere trabalhar no serviço desde a sua fundação, há 11 anos, e os demais (83,3%) afirmam estarem não mais do que 04 anos. A respeito do grau de instrução 02 (33,3%) afirmam serem especialistas, 03 (66,6%) deles com formação técnica e 01 possui graduação incompleta.

A partir destes dados quantitativos, consideramos que os sujeitos fazem uma representação importante e coesa deste universo, pois apresentam diferenciações empíricas já destacadas nas pesquisas existentes sobre o tema. Tendo a representatividade de pessoas em situação de rua e vivendo em instituições de longa permanência, possuindo breves e longas experiências na equipe e de participação no MNPR e diferentes graus de instruções.

A escolha na pesquisa para entrevistar os usuários–representantes do MNPR parte do entendimento que essas falas representam este universo, que não falam de si como indivíduo, mas falam pelo conjunto, pelo coletivo do Movimento. Acreditamos ser uma representação importante da amostra da pesquisa, pois o MNPR historicamente no município de Porto Alegre apresenta várias manifestações de luta pela garantia de acesso aos direitos na rede intersetorial do município.

Além do reconhecimento do protagonismo do MNPR na garantia de direitos dessa população, afirmamos nosso compromisso ético-político enquanto assistente social e pesquisadora em dar visibilidade teórica e científica a esses sujeitos e coletivos.

Para a realização da coleta de dados, realizamos as etapas referentes as exigências do Sistema de Pesquisa (SIPESQ) da PUCRS, da Plataforma Brasil, do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, assim como do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre. Após esses trâmites obrigatórios, realizamos contato com a equipe de trabalhadores dos CnaR, para a efetivação das entrevistas. Em uma das reuniões de equipe fomos convidados a apresentar o projeto de pesquisa e foi acordado que marcaríamos as entrevistas individualmente com os trabalhadores. Em paralelo a isso, iniciamos nossa participação nas reuniões semanais do MNPR na Escola Porto Alegre (EPA). Em uma das reuniões também apresentamos nossa pesquisa e informamos que estaríamos participando das reuniões e convidando os participantes individualmente para as entrevistas.

A ideia inicial explicitada no projeto de pesquisa era realizar a coleta de cinco entrevistas com os trabalhadores e cinco entrevistas com os usuários, mas no desenvolvimento do trabalho, o sexto trabalhador se disponibilizou para uma entrevista e achamos importante aproveitar a iniciativa e disponibilidade deste sujeito. Já com os usuários, frente a baixa presença destes nas reuniões do MNPR em que estivemos presentes, e com as entrevistas já coletadas oferecendo elementos essenciais para a análise, optamos por permanecer com 04 usuários e 06 trabalhadores, totalizando 10 entrevistas. Os trabalhadores e

as trabalhadoras, bem como os usuários, no decorrer da dissertação, serão identificados (as) como trabalhadores(as) de 01 a 06 e usuários(as) de 01 e 04.

Na etapa de análise dos dados coletados, realizamos uma análise de conteúdo crítica, que leva em consideração significados que vão além do próprio texto em si, mas que buscam sentidos que se referem às experiências dos sujeitos expressos nas falas, que dão visibilidade as múltiplas determinações que compõem a totalidade social.

Os significados que vão além das entrevistas e se emaranham nesse processo da pesquisa e análise dos dados perpassam também pela nossa experiência viva e atual enquanto trabalhadora de uma equipe de CnaR, que vive no dia-a-dia esse processo de trabalho, por meio das metodologias utilizadas e pela estrutura institucional precária que encontramos.

Outra base para análise dos dados partiu da observação participante realizada através das reuniões do MNPR na Escola Porto Alegre. Ao fazer o contato inicial com o MNPR para a coleta de dados, percebemos a necessidade de participarmos das reuniões, pois verificamos uma baixa e rotativa presença dos representantes. Foi necessário que, ao longo das reuniões, pudéssemos apresentar novamente a pesquisa e convidar os sujeitos para as entrevistas.

Nesse sentido, ao longo da pesquisa almejamos interpretar e analisar os dados a partir das etapas referenciadas por Bardin (1979) que se desenvolvem por meio da pré-análise, por meio de leitura extensa do material coletado, organização dos dados a partir dos temas mais relevantes, relacionando os objetivos e indicadores da pesquisa.

A segunda etapa se desenvolveu através da exploração do material sistematizado, quando problematizamos as ideias explícitas e os sentidos mais amplos que as falas podem representar. Utilizamos de procedimentos de codificação, classificação e categorização: o material foi organizado em mapas de análises de modo a facilitar o processo. Para esse trabalho as categorias do método – contradição, totalidade, historicidade, mediação e trabalho – permitiram um olhar atendo e articulado com o universo mais amplo da realidade. A elas se agregam as categorias explicativas da realidade -

acolhimento em saúde, população em situação de rua, consultório na rua e trabalhadores do SUS (categorias essas que serão explicitadas no decorrer da dissertação para dar sustentação às análises realizadas).

Por fim, apresentamos a interpretação por meio da mediação entre o conteúdo dos dados e a teoria fundamentada. Assim, fomos em direção a uma síntese interpretativa articulando o objeto da pesquisa, a base de dados, o referencial teórico e as principais categorias de análise.

Nesse sentido, sem esgotar as discussões sobre o tema, temos a intenção de que esta pesquisa seja um disparador de reflexões e discussões sobre o assunto, a partir dos dados de um determinado contexto e experiência. No entanto acreditamos que as reflexões produzidas poderão despertar outras reflexões a respeito da construção de novas configurações das ações em saúde, no que se refere ao processo de trabalho do acolhimento em saúde da população em situação de rua.

Esse estudo está alicerçado nos preceitos do Código de Ética dos Assistentes Sociais, bem como na produção de conhecimentos na área. Seus achados serão devolvidos aos sujeitos da pesquisa através do acesso a dissertação, de seminários e reuniões, bem como outras formas de totalização dos resultados através de publicações e apresentações em eventos. A devolução dos resultados se configura como um compromisso ético.

No desenvolvimento desta dissertação, além da introdução e metodologia da pesquisa que compõe o capítulo I, apresentamos mais dois capítulos. O segundo capítulo está intitulado “O Consultório na Rua: sua construção, metodologias de trabalho, fundamentos e o Sistema Único de Saúde”, que trata do processo de trabalho do CnaR, a partir de sua criação e diretrizes do SUS. Tratamos também a respeito dos conceitos de proteção social e das necessidades humanas, assim como a discussão sobre a concepção de saúde (determinantes e determinação social e a definição de acolhimento articulado aos conceitos do SUS e a Política Nacional de Humanização).

O terceiro capítulo chamado: “Mas afinal, de qual população estamos falando?” trata da população em situação de rua e busca, através da análise de

dados, desocultar esses sujeitos, além do aparente e do diálogo com as pesquisas já existentes. Assim como na pesquisa, no processo de trabalho do CnaR é preciso conhecer essa população usuária, quanto mais conhecemos suas histórias de vida, dados epidemiológicos, sociais, dentre outros, mais podemos nos aproximar, criar vínculo e confiança entre trabalhadores e usuários, favorecendo o atendimento das reais necessidades dessa população. Apresentamos também um subtítulo sobre o MNPR, resgatando seu histórico e suas articulações atuais.

A exposição dos dados e análise está em todo corpo da dissertação, por meio do diálogo feito com os (as) autores (as) e de nosso mergulho nas leituras das entrevistas. Por fim apresentamos as considerações finais, sem o intuito de esgotar a temática, expomos uma síntese das reflexões por meio das conversações realizadas entre os dados empíricos e as referências teóricas e ainda apêndices e anexos.

2. O CONSULTÓRIO NA RUA: SUA CONSTRUÇÃO, METODOLOGIAS DE TRABALHO, FUNDAMENTOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*O mundo não é formado apenas pelo que já existe,
mas também pelo que pode efetivamente existir.
(Milton Santos)*

O Consultório na Rua hoje é nacionalmente uma estratégia do SUS fomentada pelo Ministério da Saúde e regulamentada por portarias e documentos ministeriais, que indicam como esse serviço e as equipes devem trabalhar com a população específica, em situação de rua junto aos territórios e à rede de serviços intersetoriais. Para desenvolvimento deste capítulo, trataremos inicialmente a construção dessa estratégia e as particularidades do processo de trabalho já inscritas formalmente no SUS.

Para construção da questão principal da pesquisa e deste capítulo, buscamos realizar uma reflexão sobre a Proteção Social e as necessidades humanas, os determinantes e a determinação de saúde, assim como as interfaces com a PNH e a estratégia do acolhimento em saúde.

A epígrafe de Milton Santos introduz muito bem este capítulo, pois nos inspira e nos motiva ao tratar sobre o tema. Acreditamos que tratar da construção, das metodologias e dos fundamentos do processo de trabalho do Consultório na Rua, é fazer um diálogo entre o que já existe e o que ainda podemos avançar nas Políticas Públicas, em direção às reais necessidades humanas.

2.1. A UNIDADE DE SAÚDE COM RODAS

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.088 do ano de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com um dos objetivos de ampliar e articular os serviços de atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas. Alguns dos serviços que constituem essa Rede são as Unidades de Saúde, Consultório na Rua, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Convivência, Unidade de Pronto Atendimento, entre outros.

Dentre as diretrizes e os objetivos da RAPS, o acolhimento e as atividades realizadas no território aparecem como pontos importantes para o

trabalho das equipes em saúde, com intuito de favorecer a inclusão dessa população na rede de atenção e a qualificação do cuidado compartilhado.

O Consultório na Rua se desenvolve como serviço integrante desta Rede, desenvolvendo ações de atenção básica e saúde mental à população em situação de rua *in loco*, de forma itinerante e compartilhada com outros pontos de atenção à saúde. A equipe multidisciplinar foi se definindo em novas configurações ao longo dos anos e, de acordo com a Portaria Nº 1.029 de maio de 2014, a equipe do CnaR poderá ser composta pelas seguintes profissões: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física, e profissional com formação em arte e educação.

Cada município e região apresenta uma configuração e modalidade de equipe no CnaR. A equipe de trabalhadores (as) que entrevistamos se configura atualmente na modalidade III e é composta por médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem e agente comunitário (a) de saúde.

Para iniciarmos o caminho de aproximação teórica sobre o acolhimento em saúde, partimos de uma breve reconstituição histórica das políticas sociais no Brasil. É notório que a Constituição Federal de 1988 foi um marco para a política social no país. Marcado pelo projeto de caráter universalista e democrático, fruto da efervescente mobilização dos Movimentos Sociais e do processo de democratização do país, os avanços constitucionais alteram o sistema de proteção social, que além da mudança de concepção, o sistema de proteção social, passa a se organizar por ações relativas ao tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social.

No que compete à política de saúde, o SUS nasce através do processo histórico de lutas políticas, no qual o grande disseminador foi o Movimento da Reforma Sanitária. Um dos marcos deste movimento se deu na 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a promulgação da Constituição brasileira, que traz como uma das determinações a política de saúde como direito universal.

A participação popular e o controle social também foram bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária, assim como fundamentaram o período de

democratização do país. Alguns dos instrumentos legislativos de legitimação da política de saúde com estas diretrizes são dispostos na Lei Orgânica da Saúde (Nº 8.080/1990) e com a Lei nº 8.142/1990 que legitima a participação dos usuários na instância de gestão do SUS.

A universalidade é um dos principais eixos da base de construção do SUS e significa que todos têm direitos iguais de acesso aos serviços de saúde, sem distinções. De acordo com o documento “Consultório de Rua do SUS” (BRASIL, 2010), um dos princípios que orienta o CnaR é o da universalidade, funcionando como porta de entrada e de acolhimento desta população, garantindo o acesso.

Ao acolher um segmento populacional em situação de exclusão social, que se auto-exclui ou que é excluída da rede de serviços, o objetivo é intervir inserindo esses usuários na rede SUS e conceder-lhes o direito à saúde pública, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2010, p. 12).

É importante salientar que o CnaR não é a única porta de entrada para a população em situação de rua, seu acesso pode acontecer através das unidades de saúde e dos demais serviços que compõem a rede. A Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, dispensa essa população da exigência de apresentar endereço de domicílio para aquisição do Cartão SUS e independente de apresentação de documentação, qualquer pessoa tem o direito de ser atendida nas unidades de saúde. Nesse sentido, um dos objetivos do CnaR é ampliar o acesso à saúde dessa população que vive em situação de vulnerabilidade social e de distanciamento dos serviços de saúde e da rede intersetorial.

De acordo com Martinez (2016), o consultório na rua desde sua constituição passa a ser um dispositivo da rede que faz *a ponte* entre a rua e os serviços de saúde, assim como faz a *costura* desta rede de atendimento e busca qualificar e garantir o acolhimento das necessidades desses indivíduos. Isso é alentado na fala de um dos trabalhadores entrevistados, demonstrando que a garantia desse acesso é tensionada pela equipe do Consultório na Rua, fortalecendo *e/los* já enfraquecidos na rede de serviços:

[...] a população vê nessa equipe, o elo que falta entre ele, a sociedade e as unidades de saúde. Por que tem alguém da sociedade, tem uma instituição chegando até eles, então isso, de

uma forma, para eles é gratificante, eles entendem que tem alguém olhando por eles (trabalhador 05).

Para o desenvolvimento das ações, os trabalhadores do CnaR utilizam um veículo que serve como transporte da equipe, de seus materiais de trabalho e dos usuários, quando necessário, assim como serve de referência para os usuários nos territórios, como forma de identificação. Esta identificação do veículo e a escolha de locais e territórios definidos favorecem as aproximações e construção de vínculo e confiança com os usuários (BRASIL, 2010).

Outra coisa que facilita é ele nos identificar quando nós chegamos com a Kombi, eles vêm correndo todos daí. Lá está identificado que é Consultório na Rua e enche ao redor ali. Mesmo aqueles que não vêm muito aqui, que não procuram assistência de saúde, mas quando eles veem a gente na rua, daí eles vêm (trabalhadora 01).

Quando perguntado o que favorece o acolhimento na rua, a fala dos trabalhadores demonstra a importância da identificação do consultório na rua no território, através da identificação do veículo, fazendo com que o SUS esteja mais próximo, principalmente, daqueles que não buscam assistência a saúde nas instituições convencionais, por diversas dificuldades. Nesse sentido uma das dificuldades apontadas pelos sujeitos foi a falta de transporte, pois a equipe é contemplada somente com um veículo, mas considerando a alta demanda necessitariam de mais veículos e mais equipes no território.

Consideramos os inúmeros desafios de promover o acolhimento em saúde dentro da instituição ou fora dela, pois além dos serviços terem grandes diferenças, muitas vezes a queixa do usuário já aparece relacionada diretamente com a doença e com a oferta de insumos tecnológicos (exames, medicamentos, entre outros) e de resolução rápida. Já no espaço da rua, essa oferta de serviços e insumos não aparece de forma muito clara. Portanto, são essas e outras diferenças que surgem no acolhimento no espaço da rua, o que nos apresenta algumas questões para o estudo.

Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o setting terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses “lugares” precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários (BRASIL, 2010, p.11).

A posição desses trabalhadores frente aos usuários e seus espaços de vida, a partir da metodologia de trabalho, são ações que apresentam uma disposição à acolhida e identificação das necessidades dessa população, a partir da escuta e criação de vínculo e confiança. De acordo com a fala de uma trabalhadora:

Então ali já partimos da premissa que a gente vai oferecer saúde quando, na verdade, isso muda muito no serviço, as pessoas vão a procurar, a usufruir desse serviço, a gente na rua muitas vezes vai oferecer. Então já partimos dali que o acolhimento é diferente por que a gente vai oferecer. E ali começamos desde a apresentação do serviço, como a gente trabalha, os integrantes e ali a gente pergunta se a gente pode ajudar, oferecer nosso serviço enquanto a saúde (trabalhadora 04).

Conforme sinalizado pela fala da trabalhadora e pelo documento do MS que fundamenta o trabalho do CnaR, o acolhimento no espaço da rua vai apresentar uma inversão do que acontece nas instituições de saúde, pois muitas vezes no espaço da rua a equipe do CnaR não foi chamada, nem convidada pelo usuário para estar ali. A equipe, através da busca ativa nos territórios, vai oferecer os serviços e, para isso, é necessário criar esse *setting terapêutico*¹⁰, muito bem elaborado e cultivado por estes trabalhadores a partir do encontro com esses usuários. Estes encontros partem da gestação e gestão de um processo de trabalho cheio de sensibilidade e arte¹¹ destes trabalhadores, por isso tratamos desse ponto ao longo da dissertação.

2.2. A PROTEÇÃO SOCIAL E AS NECESSIDADES HUMANAS

A partir da discussão a respeito das necessidades apresentadas pelos usuários ou aquelas identificadas pelos trabalhadores durante o acolhimento, verificamos o imperativo de tratar sobre o conceito de e de que forma o Estado trabalha e atende essa demanda por meio da proteção social.

¹⁰ De acordo com Lancetti (2006) o “setting terapêutico” seria o cenário, o espaço, o momento, que estaria em constante transformação e que facilitaria a espontaneidade e a comunicação entre o trabalhador e o usuário, seja dentro de um serviço ou em local público. Para maior aprofundamento do tema consultar: LANCETTI, 2006.

¹¹ Utilizamos o termo arte em seu sentido metodológico de criação desses trabalhadores no cotidiano.

De acordo com Camila Pereira (2013), o conceito da proteção social possui diversas definições apresentadas por diferentes autores. Alguns identificam outros termos comuns com denominações sinônimas como: seguridade social, bem-estar social e política social. Mas para além de termos parecidos, é necessário estar atento às diferentes fundamentações teóricas e ideológicas destes autores que se dedicam a estes estudos da proteção social e aos modelos implementados no mundo e no seio do capitalismo.

A partir das obras de Ramesh Mishra (1981) e de George e Wilding (1994) a autora identifica algumas categorizações teóricas e ideológicas a respeito da proteção social, no qual ordena três matrizes teóricas e ideológicas que desenvolve ao longo de sua tese: Matriz Residual, Matriz socialdemocratas e Matriz socialista¹².

Ainda tratando das raízes teóricas da proteção social, existem algumas categorias de análises centrais utilizadas pela autora: necessidades e preferências; direito e mérito; igualdade e desigualdade. Ao definir quais são as necessidades e a quem pertence a responsabilidade pelo atendimento delas, a autora aponta vários conteúdos existentes extremamente controversos.

As necessidades humanas e sociais historicamente são marcadas pelo termo carência e atribui a satisfação das necessidades a partir de preferências individuais. Essa é uma noção sustentada por ideologias liberais-conservadoras, fundadas na Matriz Residual, de forma que desqualifica essas necessidades que são coletivas.

Algumas falas dos trabalhadores por meio das entrevistas, apesar de não serem a maioria, demonstram algumas dessas marcas evidenciadas pela concepção de necessidades que se identificariam como carências, vinculadas às necessidades de serem escutadas muitas vezes. Conforme a fala de uma das trabalhadoras quando exemplifica um atendimento:

[...] “ai! Estou com uma dor aqui, uma dor ali”. De repente não era, era só uma conversa, só uma escuta e daqui a pouquinho ele está bem. Um pouco mais é carência mesmo, às vezes é. [...] Mas eles, a maioria das vezes, de início é a escuta, na maioria das vezes é a escuta, tem que ter a escuta, se não tiver a escuta, não tem (trabalhadora 06).

¹² Não faremos uma referencia aprofundada a cerca dessas matrizes, considerando não ser o objetivo do nosso trabalho.

Para Boudon e Bourricaud (2001), a divisão de trabalho fundamentada na lei geral de acumulação capitalista alterou a ordem natural de satisfação das necessidades humanas pela natureza. O mercado por meio do poder de compra passa a atender preferências individuais e compete ao Estado satisfazer as necessidades humanas. Mas em diferentes momentos históricos, com base nas diferentes matrizes, veremos que o Estado estará mais presente ou não para a garantia das necessidades (PEREIRA, 2013).

A partir das obras de Marx, verificamos que a essência das relações de produção e reprodução do capitalismo não tem o objetivo de atender as necessidades humanas universais e sim de satisfazer as necessidades da acumulação de riquezas. Isso implica na exploração do homem pelo homem, através da compra da força de trabalho, considerada como mera mercadoria.

O sistema capitalista possui crises cíclicas e inerentes ao seu modo de produção, necessitando de estratégias que minimizem efeitos na queda de acumulação de renda e para manutenção da força de trabalho, ou seja, nessa perspectiva a proteção social atenderá a manutenção de *status quo* do sistema de exploração capitalista.

A intervenção estatal passa a garantir a reprodução da força de trabalho, respondendo interesses opostos produzidos através da luta de classes. No ciclo capitalista, há momentos de positividade com taxas de acumulação crescentes, aumento de postos de trabalho, e outros momentos de negatividade e de baixa nas taxas de acumulação, apresentando diminuição de postos de trabalho e da renda nacional.

A questão social é outra parte negativa deste ciclo, que se torna objeto de intervenção estatal para auxiliar na reprodução da classe trabalhadora. Essa intervenção por meio da política social se expressa na preservação e controle da força de trabalho de forma arbitrária, mediante a regulação das relações entre capital e trabalho.

Com intuito de não correr o risco de realizar afirmações parciais, assim como a autora trabalhamos com a categoria contradição nas pesquisas. E para discutir traços positivos e negativos da proteção social no seio capitalista:

É, de fato, a categoria contradição dialética, de filiação materialista histórica, que vai impedir que a análise da proteção social se enrijeça em visões lineares e parciais. Se por contradição dialética, no campo do bem-estar, se entender, como aqui entendido, um processo inserido numa totalidade contraditória cujas tendências refletem as raízes da sociedade capitalista – entre forças produtivas e relações de produção – ter-se-á em mente que a proteção social exibirá traços positivos e negativos, isto é: ela poderá atender interesses diferenciados, embora esteja estruturalmente comprometida com os interesses dominantes (PEREIRA, 2013. p.48).

Devemos estar conscientes do uso de afirmações por meio de termos diferentes, ao tratar de *conciliação* ou *disputa* entre as classes no âmbito da proteção social. Pois ao afirmar que a proteção social irá atender aos diferentes interesses, nos remete a pensar se estes são interesses de conciliação, na lógica burguesa. Esta lógica burguesa é reproduzida pela Matriz Residual, que trata as necessidades humanas como necessidades individuais, subjetivas, mínimas e focalizadas, onde o mercado seria o meio de satisfazê-las, minimizando o papel do Estado na proteção social e ampliando seu subsídio econômico ao mercado.

A atuação do Estado junto a reprodução da força de trabalho começa no início do capitalismo, e ocorre na própria gestão da força de trabalho, considerada como simples mercadoria. Nesse sentido o capital sozinho não assegura a reprodução da força de trabalho, para reprodução do contingente humano que não conseguiu se inserir ou foi excluído do mercado de trabalho, há a necessidade de serviços e instituições que atendam essa população em suas necessidades básicas (Hospitais, escola, prisões, instituições de longa permanência, entre outros.).

Reconhecer no Estado a competência de satisfação das necessidades humanas e sociais é sustentar a concepção de direitos conquistados historicamente, através das lutas sociais de disputas das classes. Disputa esta que compreende o cerne da acumulação capitalista e luta pela redistribuição das riquezas. Nesse sentido cabe ao Estado satisfazer as necessidades humanas básicas¹³, que para Cabrero (1993), são necessidades construídas

¹³ Insistindo na importância de se definir, de forma objetiva, o conceito de necessidades humanas básicas- com vista à formulação mais coerente e confiável de políticas públicas -, os autores ressaltam, de par com o caráter humano-social das necessidades, o que, no dizer de Cabrero (1994:15), constitui a natureza mais profunda destas: a universalidade. Tal

historicamente e fundamentadas em necessidades objetivas e universais (PEREIRA, 2013).

A existência humana necessita de condições objetivas para a produção de sua vida material e satisfação de suas necessidades, como alimentação, abrigo, condições que favoreçam a sustentabilidade e continuidade da reprodução da vida.

[...] só existem dois conjuntos de necessidades básicas objetivas e universais – que devem ser concomitantemente satisfeitos para que todos os seres humanos passem efetivamente se constituir como tais (diferentes dos animais) e realizar qualquer outro objetivo ou desejo socialmente valorado. São eles: saúde física e autonomia. Estas necessidades não são um fim em si mesmo, mas precondições para se alcançarem objetivos universais de participação social (PEREIRA-PEREIRA, 2008. p.68).

A satisfação dessas necessidades se dará por meio do trabalho, no seu sentido ontológico, a práxis humana que, diferente dos animais, possui a qualidade teleológica¹⁴, ou seja, tem suas ações conscientes guiadas por finalidades planejadas e construídas, pelo intercâmbio entre o homem e a natureza.

Nesse sentido, a saúde física e a autonomia são necessidades humanas básicas constituintes da sociabilidade humana. A falta de saúde é um impeditivo de viver, e por autonomia básica entende-se a capacidade cognitiva para a ação e escolha. É “a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valora-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressão” (PEREIRA-PEREIRA, 2008. p.70). A autonomia, entendida por este trabalho, não é um reflexo do individualismo, pregada pela ideologia liberal, pois não basta só ser livre para escolher, é necessário se sentir responsável por suas decisões e ações, livre de opressões e condições sub-humanas, como a fome, por exemplo.

universalidade, porém, prossegue Cabrero, “não implica a generalização etnocentrista das necessidades do centro para as periferias, das sociedades industriais para as subdesenvolvidas, mas um debate que defina o conjunto das necessidades no âmbito de todos os mundos existentes”, apontando para “um profundo sentido de redistribuição dos recursos no plano mundial”. Assim, rejeitando as convencionais e renitentes concepções naturalistas, relativistas e culturalistas das necessidades, Doyal e Gough sustentam que todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas culturas, têm necessidades básicas comuns (PEREIRA-PEREIRA, 2008. p.66).

¹⁴ Para maior aprofundamento sobre a categoria marxista ontológica do trabalho, ver: LUKÁCS, 1978.

[...] a gente tem que pensar que a gente vai fazer um acolhimento para uma pessoa que muitas vezes não tem noção de autocuidado e ele não, ou não tem noção de precisar da saúde, a gente vai oferecer (trabalhadora 04).

A fala da trabalhadora 04 exemplifica algo comum nas outras falas, pois durante as entrevistas os trabalhadores não utilizam a palavra autonomia, mas falam sobre a consciência (percepção e conhecimento) dessas pessoas em relação ao autocuidado e as necessidades de saúde. De acordo com as referências teóricas (PEREIRA-PEREIRA, 2008), a autonomia é considerada a capacidade deste usuário de eleger aquilo que é uma escolha a partir de suas necessidades humanas, livre de opressões e da desqualificação social gerada pela acumulação capitalista. Consideramos então que ter essa “consciência” pelo autocuidado é se aproximar da autonomia enquanto necessidade básica.

Identificadas essas necessidades básicas, quais os meios de satisfazer e atender a essas necessidades? De acordo com a bibliografia utilizada, há “satisfatores universais” que atendem a todos e os “satisfatores específicos” que atendem grupos sociais específicos. Grupos específicos ou minorias sociais, como o caso das pessoas em situação de rua, estão:

[...] sujeitos a um adicional de ameaças e riscos que tornam mais sofrida sua existência física e autônoma, requerendo também por isso um adicional específico de satisfiers¹⁵. [...] necessidade básicas, voltamos a insistir, bem como as condições para satisfazê-las, são as mesmas para todos (pessoas e grupos, oprimidos ou não). O que é relativo é o seu atendimento (PEREIRA-PEREIRA, 2008. p.85-86).

No que se refere à população em situação de rua, consideramos como sujeitos que apresentam um adicional de riscos da dinâmica da rua e pelo estigma social que sofrem. Nesse sentido, as ações do Consultório na rua se fundamentam nesse olhar diferente, para as diferentes necessidades apresentadas, identificadas ou não por essa população específica.

2.2.1. Sobre Direito e Mérito

De acordo com Pereira (2013) o surgimento dos direitos, a partir da afirmação de Marshall, está ligado a uma proteção social pública sustentada

¹⁵ Satisfiers ou “Satisfatores” são meios para atender as necessidades humanas básicas como: serviços, ações, bens, instituições, entre outros (DOYAL e GOUGH, 1991).

pelo Estado Social no século XX. Mas a legitimação desses direitos é corroída pela ofensiva neoliberal, que defende princípios de privilégios individuais por meio de relações competitivas e hierárquicas. Há uma lógica de seleção daqueles que realmente merecem a proteção social, aqueles que são realmente pobres e necessitam de subsídios mínimos e sociais.

Com base no conceito da meritocracia, a deslegitimação dos direitos sociais também seria utilizada numa lógica punitiva, pois as pessoas deveriam se envergonhar de necessitar de um amparo social, havendo uma valorização do desempenho e sucesso individual, transformando a garantia, não obrigatória, das necessidades humanas em “ajuda” ofertada pelo Estado.

A meritocracia, portanto, não se pauta por uma avaliação que atenda os interesses da maioria. Além disso, tendo em mente o aumento contemporâneo da desigualdade social em todo o mundo, assim como da expansão de mecanismos de proliferação de individualismos e de separatismos sociais, étnicos e religiosos, a ideologia do mérito pautada em desigualdades aceitáveis pelo sistema ou estimuladoras de competições acirradas, carece de credibilidade (PEREIRA, 2013. p.59).

Para uma das trabalhadoras da equipe uma das dificuldades encontradas no processo de trabalho no espaço da rua seriam os transeuntes que acabam interferindo nos atendimentos. Essas intervenções de outras pessoas, muitas vezes, acabam por desqualificar o trabalho que a equipe está realizando no momento, apresentando falas de cunho punitivo às pessoas em situação de rua, ou seja, como se essas vidas, dos que estão na rua, não merecessem esse tipo de assistência:

Muitas vezes já senti agressão verbal, nunca física, mas verbal. Por que eu falei para a pessoa assim: “desculpa senhora, estou tentando atender, eu não conheço, vou atender, eu vou atender depois eu falo com a senhora”. [...] Então assim, tem uma ansiedade, é difícil lidar com as pessoas, ou as pessoas passam, que estamos atendendo a pessoa em determinada área, passam e falam: “tem que matar vocês por ajudar eles e tem que matar eles também”. Então assim, imagina gritar isso, a gente fica, impotência, imagina. Sabe? Então o medo, assim, às vezes, as pessoas ficam hostis (trabalhadora 04).

Há uma competição e seleção entre os desiguais, lembrando a própria essência desigual do capitalismo, por isso nessa concepção é preciso conciliar os interesses contrários e antagônicos entre as classes. A proteção social aqui fundada na Matriz Residual busca minimizar as desigualdades, humanizando o

capital, a partir de ações focalizadas, “serviços pobres, para pobres”, sustentadas por uma igualdade formal.

A democracia liberal defende uma igualdade artificial e formal, sustentando o Estado, enquanto representante do interesse comum, defendida por uma liberdade individualista e competitiva privilegiada pelo mercado. Essas justificativas sustentam a estrutura de desigualdade produzida e reproduzida no sistema capitalista. Diferente de uma igualdade substantiva¹⁶ que defenda interesses coletivos e universais.

Nesse sentido acreditamos ser primordial afirmar quais as linhas teóricas que sustentam nossa defesa de um cuidado em saúde diferenciado a essa população, apesar de apresentar a contradição que permeia o processo de trabalho do CnaR, frente a uma realidade gritante de pessoas que vivem à margem e em péssimas condições e de não garantia da proteção social.

Por esse caminho, acreditamos que nossa reflexão, a partir da defesa da proteção social e da política de saúde pública, fundamentada em princípios da universalidade e integralidade, também se identifica com a fundamentação da matriz socialista.

De acordo com Pereira (2013) podemos considerar que, a partir da concepção marxista e da Matriz Socialista, o bem-estar seria alcançado após a libertação do trabalho, por meio do trabalho livre e criativo e após a socialização da produção e a abolição do sistema de mercado privado. Em uma sociedade de classes, o governo e o aparato estatal servem predominantemente aos interesses da classe dominante. Defender que o Estado tem compromisso com todos é acreditar ingenuamente na igualdade formal. Nesse sentido o verdadeiro bem-estar só poderá ser desenvolvido e possível na sociedade socialista e comunista.

De qualquer forma, em relação à concepção de bem-estar, de acordo com Pereira (2013), Marx não desenvolveu uma teoria específica, mas é possível perceber uma vinculação com a concepção e conceito das

¹⁶ De acordo com Pereira (2013, p.174) igualdade substantiva: [...] representa o tipo de relação humana mais adequado para prover o bem-estar de todos, posto que ela constitui princípio orientador e pré-requisito indispensável, não só do processo de satisfação de necessidades humanas, mas da transformação da ordem estabelecida que produz iniquidades sociais.

necessidades humanas, e com a distribuição do produto social de acordo com as necessidades sociais. Para a autora, Marx postula um conceito total de bem-estar próprio de uma sociedade pós-capitalista, mas não exclui a possibilidade do desenvolvimento parcial do bem-estar no capitalismo, por meio de uma ampla ação da classe trabalhadora, embora não acredite na eficácia transformadora desse processo. Aqui podemos identificar um conceito que se aproxima com a Matriz socialdemocrata, que defende as reformas no sistema capitalista, mas não altera as formas de exploração.

2.3. APROXIMAÇÕES DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO PROCESSO DE TRABALHO NO ESPAÇO DA RUA

“Às vezes a gente vai aos pouquinhos, no tempo deles.” (trabalhadora 02)

De acordo com a exposição anterior, consideramos que o acolhimento nos serviços de saúde e no espaço da rua, além de facilitar o acesso institucional, irá ao encontro da garantia da universalidade e da integralidade¹⁷ das ações, incluindo o usuário no processo de cuidado. Concordamos que, para isso, é necessário o reconhecimento do protagonismo por parte do usuário e pelos trabalhadores na produção da saúde, assim como nos espaços democráticos nas instituições, através de gestão participativa, colegiados, conselhos locais, o próprio Movimento Nacional da População de Rua, entre outros espaços relevantes.

Para nós, a integralidade aqui defendida, diferente do conceito restrito, possui um sentido amplo e de direito, que motiva e garante a participação do usuário em seu acompanhamento de saúde e construção de diálogos sobre seus projetos de vida.

Neste contexto, como já assinalamos não deixa de ser um desafio para a equipe acessar essa população que vive a margem dos serviços de saúde, que muitas vezes passam por situações de falta de acolhimento e

¹⁷ A integralidade “Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2005, p. 129). Para mais informações consultar: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>.

estigmatização nos espaços institucionais, o que faz com que percam a confiança nesses dispositivos.

Através de construção de **vínculo** e relação de confiança, identificado como uma estratégia que se aplica no processo de trabalho, o CnaR busca ultrapassar e ressignificar essas barreiras, pois acolhe e realiza uma **escuta** desta população em seus próprios territórios e espaços de vida. Mas, para isso, é necessário se despirmos de algumas construções e padrões engessados do fazer tradicional na saúde e da temerosa matriz neoliberal e meritocrática.

Durante a coleta e análise de dados, dos 10 entrevistados, 09 afirmaram que o trabalho do CnaR favorece o acesso dessa população aos serviços de saúde e da rede intersetorial. Identificando a efetividade do acolhimento em saúde no espaço da rua como garantia do acesso desses usuários.

Em relação ao sentimento de confiança dos usuários para com a equipe do CnaR, de 04 usuários, 03 deles em suas falas apresentam uma identificação deste sentimento como um benefício gerado pelo atendimento prestado. Sendo assim, acesso, identificação e confiança são as categorias que mais aparecem na fala dos usuários e representam as concepções sobre o acolhimento no espaço da rua.

Já a confiança na fala dos trabalhadores seria identificada como um sinal, um meio necessário, para construção de uma relação que favoreça o processo de trabalho do cuidado em saúde. De 06 trabalhadores, 04 apresentam essa percepção. O vínculo também aparece na fala dos trabalhadores. Dos 06 entrevistados, 05 afirmam o vínculo como uma estratégia necessária na relação de confiança entre usuário e a equipe de saúde.

De acordo com as falas, verificamos que a ambiência construída para a escuta e para a criação de vínculo será propícia a partir do momento que este encontro seja construído; estando atento à temporalidade da rua e das pessoas que vivem nela, respeitando e identificando as particularidade e diferenças dos indivíduos.

Às vezes a gente vai aos pouquinhos, no tempo deles. Por que às vezes o tempo do pessoal da rua não é o nosso tempo, a gente coloca as nossas ansiedades, as nossas vontades neles e os nossos horários. Então é tudo bem diferente, a gente sempre tenta respeitar

o momento deles. Para ter um bom vínculo, se não é muito difícil e outras vezes, é bem tranquilo, bem fácil, eles nos chamam, nos conhecem hoje, amanhã eles já estão aqui. Bem diversificado, tem muitos casos bem diferente um do outro (trabalhadora 02).

De acordo com a fala da trabalhadora 02, verificamos a heterogeneidade explícita deste seguimento, também destacada nas pesquisas e censos sobre essa população. Os dados também demonstram diferenças nas percepções e crenças sobre o estado de saúde, ou o que seria um bom estado de saúde, por exemplo. Essa também é uma questão identificada na pesquisa, a partir de um processo contraditório. Pois, além do que é defendido e instituído pelos órgãos como a Organização Mundial de Saúde e o próprio SUS, há outras concepções e sentidos do que seria um estado saudável ou um estado de bem-estar, seja de uma vivência mais concreta ou espiritual do sujeito.

A fala do trabalhador 05, a seguir, também trata dessa atenção e respeito a temporalidade do usuário e considera que os trabalhadores das equipes devem se apropriar e se ajustarem ao ambiente da rua, local de vida dessas pessoas e de trabalho.

Então assim, a equipe que trabalha com saúde, com essa população ela tem que estar aberta para esse tipo de situação. De saber que o momento é dele, não é você que determina a hora especificamente, não é você que determina o melhor momento, tudo depende do ambiente e da aceitação do paciente. Então assim, a gente perde aquele empoderamento que a gente tem dentro de um consultório. Que a gente que leva a consulta [...], na rua no caso, você perde esse direcionamento, você que tem que se adequar, é o profissional que se adequa ao ambiente, ao momento, para garantir uma consulta com qualidade ao paciente em situação de rua. Mais ou menos nesse sentido (trabalhador 05).

Consideramos a partir dos estudos em Marx e Lefebvre (1991) que é na prática, no concreto que se constrói as formas de cuidado em saúde. O real tem que conformar a ideia e não ao contrário. Nesse sentido, o acolhimento e o cuidado em saúde não devem estar somente na contemplação e no discurso, deve ter a prática como critério de verdade, no plano de trabalho, por exemplo, daquele território, ou daquele projeto terapêutico singular¹⁸, a aplicabilidade

¹⁸ O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação

destes será verificada na prática, a partir daí podemos reavaliar a teoria e o planejamento realizado.

Ao considerar a dinâmica do processo de trabalho e da aplicabilidade do acolhimento, da busca ativa e da abordagem no espaço da rua, verificamos algo comum nas falas dos sujeitos, que escolhemos chamar de uma “**persistência acolhedora**”. De acordo com o dicionário “persistência” significa: ato persistente, que não desiste do objetivo; e “persistir”: demonstrar constância, insistência e perseverança.

Entendemos que a “persistência acolhedora” seria uma estratégia criada através do processo de trabalho e experiência destes trabalhadores. Esta estratégia na prática é desenvolvida através de uma metodologia de diversas aproximações estimuladas com os usuários. Estas aproximações são pensadas com base na relação de **confiança**, respeitando o momento desses usuários. E o trabalhador não desiste dessa aproximação, mesmo sem ter tido resultados por vezes nada concretos nesses primeiros encontros.

Tem dificuldades sim, tem dificuldades, por que muitos se renegam a ser atendidos. Ai tem aquela insistência, até um certo grau, tem que parar, por que não adianta, então insistir, então volte no outro dia, quando a pessoa tá mais, não tá “elevado” mal, não está “elevado” nas drogas. No outro dia ela já vai estar pensando de outra maneira. Às vezes a pessoa é estúpida, mas fora da sua mentalidade, entende? Ai ela ta [sic] drogada ou alcoolizada. A maioria é alcoolizada, se retrai mais para ser atendido. Mas é fundamental, sempre vou falar, é fundamental que as pessoas são muito boas quando trata a gente na rua (usuário 02).

Tem dificuldades para eles por que tem muita gente ignorante na rua que não gosta de ser atendido, ou não querem ser atendido e daí fica difícil para eles também, eles que estão atendendo na rua. E tem muita gente que trata eles: “Não vão embora, eu não quero saber!” (usuário 04).

Conforme a fala dos usuários quando perguntamos sobre as dificuldades do acolhimento no espaço da rua, eles falam dessa desconfiança de um primeiro momento com a equipe e com os serviços. Essas falas reafirmam

integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. Para maiores informações acessar a Cartilha da PNH “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”.

mais uma vez a necessária sensibilidade e respeito a essa temporalidade da população em situação de rua por parte dos trabalhadores.

O conceito de “persistência acolhedora”, ancorado nos princípios e diretrizes do SUS, refere-se ao ato ou ação da equipe em constante movimento para com o acolhimento do usuário no espaço da rua. Uma ação que inicia no primeiro encontro com o usuário e se transforma por meio da construção da relação de vínculo e confiança. O termo “persistência acolhedora” pressupõe considerar a confiança perdida dos usuários nas relações de vínculo, frente às discriminações sofridas diariamente, pois muitas vezes são coibidos em acessar alguns espaços.

É importante deixar claro que a “persistência acolhedora”, calhada como estratégia no processo de trabalho do CnaR, irá ser desenvolvida considerando as particularidades dos indivíduos e grupos, assim como as características dos territórios. Nesse sentido, a persistência acolhedora não poderá ser identificada isoladamente, pois é composta de outras técnicas e instrumentos que se inter-relacionam mutuamente. Além da consonância necessária com o planejamento de trabalho de todos componentes da equipe, o instrumental utilizado deve fortalecer o objetivo de avançar na constituição do cuidado em saúde compartilhado com a rede de serviços, que garanta o acesso e continuidade do acompanhamento de saúde dessa população.

Acreditamos que a “persistência acolhedora”, a partir das falas, passa pela compreensão dos trabalhadores que este usuário, sofre a discriminação diária quando necessita acessar os serviços de saúde e, além dessas dificuldades de acesso, apresentam uma desqualificação social que reverbera na relação com seu autocuidado. Essa população muitas vezes passa a apresentar baixa autoestima, desmotivação para cuidar de si, vergonha, medos e desconfiança dos serviços. Acredita-se que todo esse processo interfira na autonomia do usuário e em sua capacidade de escolha. Muitos trabalhadores utilizam do termo “desorganizado” para falar dessas situações, pois há um abandono de si mesmo.

E finalmente, focalizando na questão da demanda dele, então se ele não identifica uma demanda, que é a maioria dos casos, por incrível que pareça, ele não identifica nenhum problema de saúde, mas muitas vezes a gente identifica. Mesmo assim a gente faz o

acolhimento, tentando fazer, os dois casos, mas nesse caso a gente trabalha um pouco mais a prevenção, faz o mesmo, a gente apresenta o serviço, a gente oferece outra oportunidade se precisar (trabalhadora 04).

Claro que não podemos deixar de afirmar as contradições existentes nesses processos de trabalho através das denominações valorativas utilizadas pelos trabalhadores e usuários. Expressões como “pessoas desorganizadas”, necessidade de “convencimento” e de uma “mobilização para o desejo” pelo autocuidado, podem materializar pré-conceitos em relação a essa população. Já os usuários mais organizados e orientados, como contraponto, em tese teriam mais facilidade para buscar a base do CNaR quando sentem necessidade, já que a equipe sempre se coloca à disposição durante o funcionamento da base no período da manhã de segunda a sexta-feira.

Dos 06 entrevistados trabalhadores, 04 identificam a necessidade de estar à disposição dos usuários no acolhimento. Nesse sentido, os trabalhadores entendem que estar à disposição do usuário é também uma estratégia que proporciona o acolhimento em saúde. Estar à disposição favorece o acesso dessa população, principalmente no momento em que eles precisarem e apresentam alguma necessidade. Os trabalhadores afirmam que ter uma base fixa favorece essa disposição contínua, considerando que a equipe em sua organização também possui uma rotina itinerante.

Apontamos que nem todas as equipes de CnaR possuem uma base de atendimento fixo, esta é uma característica do processo de trabalho da equipe entrevistada, pois a mesma nasceu no formato de equipe “PSF¹⁹ Sem Domicílio”. Mas quando passou a ser credenciada pelo MS como uma equipe de CnaR, continuou funcionando em uma Unidade de Saúde, uma base, atendendo demandas espontâneas neste local durante a manhã e no período diurno desenvolvendo o trabalho no espaço da rua.

Podemos também considerar, a partir das falas dos sujeitos, que estar à disposição perpassa pela disposição da escuta e de acolhida dos usuários pelos trabalhadores. Entendemos que essa disposição ao atendimento desses usuários não demanda que estes estejam submetidos às exigências da

¹⁹ Atualmente o Programa Saúde da Família (PSF) é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF) ao invés de programa, visto que possui uma característica de começo, meio e fim.

dinâmica e da agenda institucional. Apesar desse entendimento, há uma tensão aqui, pois alguns trabalhadores demonstraram, nas entrevistas, angústias relacionadas à falta de desejo desses usuários, principalmente aqueles que identificam com uma necessidade, mas não querem naquele momento a intervenção de uma equipe de saúde.

Essas são contradições que marcam o processo de trabalho, e os trabalhadores muitas vezes se sentem angustiados por terem uma missão/demanda institucional, ética e política de atender e, se preciso for salvar vidas.

A nossa maior frustração é essa, tu internar uma pessoa que tu te dedicou [sic] a manhã inteira, a tarde inteira, às vezes o dia inteiro. Foi de manhã, foi de tarde, tu ainda chegou lá, teve que começar a conversar para ele entrar na porta do IAPI ou do PACS aí no outro dia tu liga para saber dele. Ele deu alta a pedido! Ah é uma coisa que tu não entende, me irrita, irrita a equipe toda sabe?! Por que tu fica assim, uma raiva, uma angústia, meu Deus! eu não acredito! “Ah ele melhorou, por que aqui ele tomou medicação, tava bem melhor”. Pediu para sair, ele foi embora, no outro dia de manhã. Poxa vida, é frustrante [sic]! (Trabalhadora 03)

Esta fala apresenta de forma muito clara a angústia e frustração por parte dos trabalhadores em relação à mobilização feita durante um bom período de trabalho e dedicação com esse usuário. A tensão aqui é gerada pelo desejo do usuário de sair da internação, por exemplo, e o processo de trabalho diferente do CnaR encontrado na dinâmica de uma internação hospitalar. É importante frisar mais uma contradição desse processo de trabalho pois, mesmo que por meio da dedicação desses trabalhadores, os usuários se sintam respeitados e tratados como pessoas, as metodologias deste processo de trabalho também podem gerar valores e significados invasivos na relação com os usuários frente aos seus desejos. Por isso, é importante estar atento a uma linha tênue dessa contradição entre o desejo do usuário e o que a equipe avalia como necessidade naquele momento.

Acreditamos que essas metodologias e estratégias, incluindo a “persistência acolhedora”, se sustenta no CnaR pois a dinâmica deste serviço é inversa comparado aos outros serviços de saúde, onde os usuários buscam os serviços. Essa diferença, assim como as negações dos usuários quanto à aproximação desses serviços, certamente aparece conforme a fala de uma das trabalhadoras:

[...] o vínculo é outra ferramenta que a gente tem, as vezes eu falo que é uma insistência nossa. O paciente fala: “não precisa, muito obrigada!”. “A gente volta outro dia para gente conversar”. A gente tem, bom eu acho que assim, a **sensibilidade** eu acho, uma ferramenta, que nós utilizamos nesse sentido (trabalhadora 04).

A sensibilidade também é necessária para captura da realidade objetiva, o acolhimento, o olho no olho, o afeto, a criação do vínculo.

[...] a apropriação sensível da essência e da vida humanas, do homem objectivo, das criações humanas para e através do homem, não deve considerar-se apenas no sentido do ter. O homem apropria-se do seu ser omnilateral de uma maneira omnicomprensiva, por tanto, como homem total (MARX, 1964, p.196).

O processo de trabalho do acolhimento em saúde a essa população não deve estar voltada ao um olhar restrito as faltas e do não desejo. Consideramos a falta como o sentido do “ter”: não ter emprego, não ter casa, não ter familiar. Devemos estar atentos aos sentidos do “ser”, do olho que enxerga, do ouvido que escuta, e visualizar as potencialidades humanas a partir dos encontros proporcionados pela promoção de saúde. O capitalismo desumaniza o homem e suas relações, a propriedade privada leva a redução ao homem individualista pois este só é possuidor de algo material, e passa a substituir os sentidos de “ser” para o “ter”.

O atendimento é muito carinhoso, as meninas são muito carinhosas, a doutora é muito carinhosa, o doutor muito carinhoso, sem palavras! Sempre fomos tratados como gente, não como, que uns pensam, como lixo, fomos tratados como gente. E para nós é muito, como eu vou te dizer, é muito gratificante, ser tratado como pessoa (usuário 02).

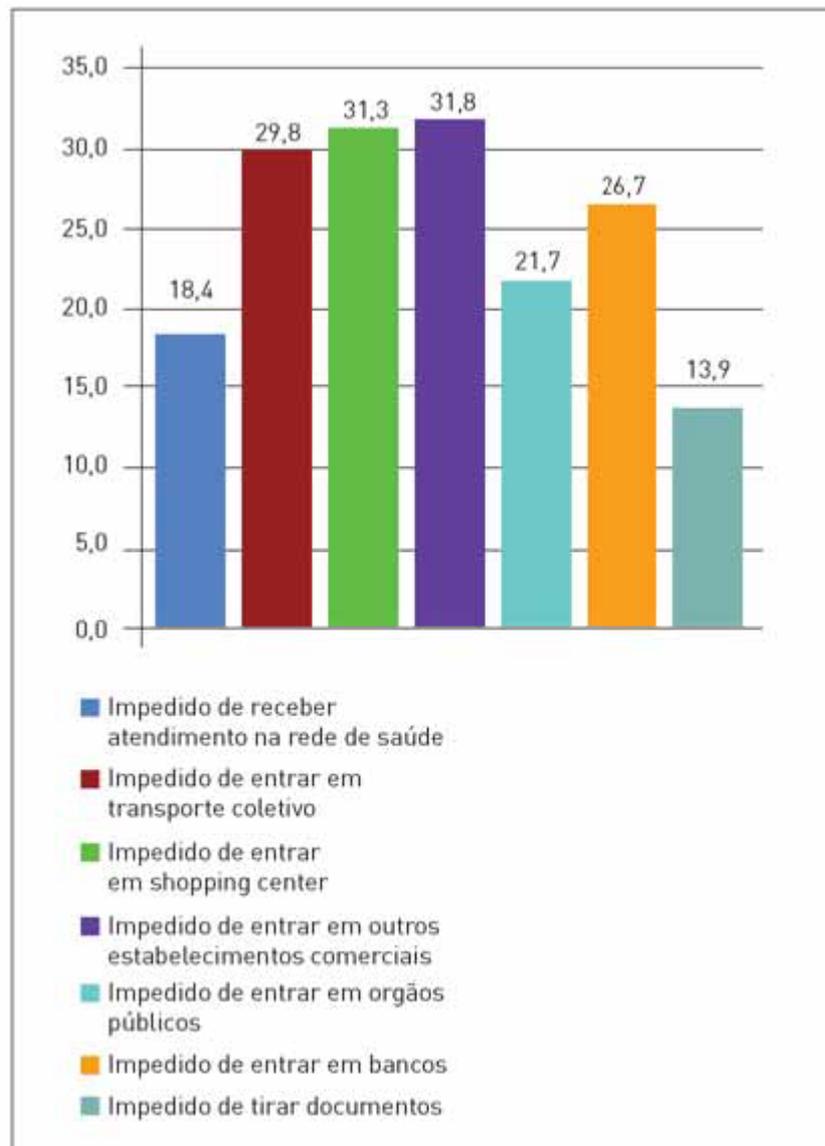
No meu entendimento acolhimento em saúde as pessoas em situação de rua, é tu conseguir olhar para o sujeito, independente de qualquer outra situação, independente de ele estar bem vestido ou mal vestido, de ele estar limpo ou sujo, dele estar carregando pertences ou não, e é sobretudo a garantia do direito de acesso a saúde que é universal (usuário 01).

As falas demonstram a necessidade do usuário se sentir como gente, como pessoa nessas relações. Nos dados da Pesquisa Nacional sobre Populações em Situação de Rua realizada no Brasil, identificamos que isso é reafirmado pois, ao ser identificado em situação de rua, as pessoas afirmam ser um impeditivo para entrar em locais e realizar atividades (locais de serviços de saúde, locais para emissão de documentos, transporte público, entre

outros). Isso faz com que simbolicamente e concretamente as pessoas em situação de rua não se sintam tratadas como “gente” nesses espaços.

Conforme o gráfico 01 cuja origem dos dados são relativos a Pesquisa Nacional sobre população em situação de rua (BRASIL, 2008), verificamos o sentido trazido na fala dos usuários, valorizando o fato de as equipes os tratarem como gente. Conforme os relatos coletados (por meio de entrevistas a partir da amostra de 10,4% do universo de 31.922 pessoas), os sujeitos se sentem impedidos de entrar em muitos locais que se importam com a aparência das pessoas, se estão limpos e bem vestidos. Mesmo os locais, independentemente de sua natureza, pública (serviços de saúde) ou privada/mercado (estabelecimentos comerciais, shopping), são apontados pelos entrevistados.

Gráfico 1 - População em situação de rua segundo o impeditivo de entrar em locais e realizar atividades



Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua - 2007/8

Fonte: BRASIL, MDS, (2008, p. 98).

Por mais que partamos da defesa do encontro democrático entre trabalhador e usuário, consideramos as diferentes tensões identificadas por outros autores (as) e empiricamente nesta pesquisa. Estas tensões se apresentam através de limitações e contradições presentes na realidade social e podem ser explicitadas de diversas formas, seja por meio do processo de trabalho do CnaR e especificamente através da categoria analisada,

denominada como “persistência acolhedora”; uma vez que identificamos ser uma particularidade desse encontro na rua, por meio do acolhimento.

Além da dificuldade apresentada em alcançar essas pessoas e ainda propiciar uma ponte para os serviços interinstitucionais, os trabalhadores encontram muitos limites estruturais no município representados pelo pequeno número de serviços que atendem especificamente essa população, assim como a precarização dos que já existem, tanto físicas como de recursos humanos, que refletem na pequena capacidade de atendimentos diários com parcerias público-privadas e filantrópicas (Albergue, Abrigo, Serviço de Abordagem Social, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, Centros de Convivência, CnaR, CAPS, Unidade de Acolhimento, entre outros).

A falta de transporte, assim como a precarização da rede de atendimento, é afirmada pelos trabalhadores e comprovada pela pesquisa nacional sobre população em situação de rua:

Os serviços públicos de saúde não estão adequados a realidade e as necessidades das pessoas em situação de rua. Não existem condições de acolhimento e as pessoas que vivem nas ruas não procuram tais serviços por conhecerem as limitações de acesso e por sentirem-se discriminadas. [...] é necessário assim o desenvolvimento de ações especiais na área de atendimento em saúde, abrangendo a capacitação para os profissionais de saúde, a alteração da atual cultura sobre a população em situação de rua e a mudança de regras e procedimento adotados no funcionamento dos hospitais e centros de saúde (BRASIL, MDS, 2008, p.125).

Frente a isso, o CnaR busca mobilizar o desejo do usuário de ser atendido pela equipe de saúde por meio da construção de uma relação de confiança. Porém, mesmo essa relação e esse atendimento sendo construídos junto com o usuário, existe uma intenção política e institucional. Ou seja, a priori da construção desse cuidado entre trabalhador e usuário, existe uma intenção instituída no CnaR, desde a chegada da Kombi no território.

Nesse sentido, vale destacar a serviço de que existe essa intenção a priori, pois o que defendemos nesse estudo, partindo de uma análise de conjuntura, remete repensarmos outra lógica de cuidado singular, contrária ao aprisionamento, à violação dos direitos humanos, aos elementos puramente prescritivos e à psiquiatrização dos sujeitos. É necessário cada vez mais

fortalecer as bases fundantes do SUS, constituídas e alicerçadas pelos Movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Defendemos o SUS com base nas necessidades humanas e universais da população em geral que tem o direito defendido pela Constituição Federal e à garantia de proteção social por meio do tripé da seguridade social no país. Muito diferente e contra o seguimento político privatista e liberal, que busca a precarização das políticas públicas para a privatização dos serviços em geral, com base em valores que defendem uma sociedade individualista, guiada por princípios meritocráticos.

A fala dos sujeitos também evidencia o quanto essa sensibilidade é demonstrada através do afeto criado nessa relação de confiança e vínculo entre trabalhadores e trabalhadoras do CnaR e usuários. Uma relação em que essas pessoas se sintam como humanas e atendidas em suas necessidades, respeitadas pelo que são e não pelo que elas possuem ou representam através de coisas materiais. Conforme dados quantitativos, quando perguntamos aos sujeitos a respeito do acolhimento, de 06, 04 trabalhadores identificam a escuta como umas das estratégias principais. Segundo os sujeitos, a escuta realizada pelos trabalhadores das equipes com os usuários é de extrema importância para a construção dessa relação.

[...] nas abordagens a gente faz o acolhimento por que é uma escuta. Na rua você vai fazer uma abordagem ai [sic] tu vai ver qual é a demanda daquele usuário. [...] E se a gente está num grupo grande, de repente tu vai num cantinho com aquele usuário e conversa. Daí ali tu escuta, ele relata quais são seus problemas, suas dificuldades (trabalhadora 01).

A construção da relação de confiança e do vínculo perpassa por essa apropriação sensível da realidade. Os usuários, a partir desses encontros na rua, proporcionados pelo acolhimento, apresentam diversas demandas principalmente a partir da escuta; a equipe do CnaR, que deverá possibilitar a ponte para essa população ao acesso nos serviços intersetoriais. Isso exige trabalhar com outro princípio do SUS, além da universalidade, o da integralidade, já citado anteriormente.

Outras considerações importantes do trabalho da equipe no espaço da rua são a dinamicidade e a imprevisibilidade, seja pelas condições climáticas,

com sol, vento, chuva, ou pela oferta que a equipe apresenta a esses usuários (oferta de preservativos, coleta de exames, acompanhamento nos serviços para emissão de documentos, entre outros.), partindo muitas vezes de uma demanda não explícita pelo usuário.

Diferente do trabalho em uma instituição, onde o usuário busca atendimento de suas demandas em um serviço com fluxos pré-definidos, o CnaR trabalha com o desafio do não programado, do não prescrito, conforme aponta a fala de uma trabalhadora:

Equipe faz o acolhimento sim, no espaço da rua. Ele acontece de uma forma, eu chamaria dinâmica, para não chamar a palavra que eu gosto é criativa, mas eu falo dinâmica. Por que dependendo das pessoas que vamos abordar, ou o grupo de pessoas, se a pessoa é conhecida, ou não é conhecida, eu acho que isso depende muito também. (trabalhadora 04).

De acordo com a fala do sujeito, o acolhimento é dinâmico e deve atender e levar em consideração o vínculo estabelecido e a relação de confiança construída, ou a ser iniciada, no momento com a pessoa ou grupo. Além disso, traz a palavra criativa por considerar que há uma inversão do fluxo, qual seja, a equipe vai até o usuário oferecer o serviço. Ainda, aponta a falta de autocuidado desses usuários como um dos indicativos desse distanciamento dos serviços de saúde, além dos já apontados, como o estigma sofrido por essa população.

Além disso, esse modo dinâmico em que a equipe trabalha de acordo com alguns autores, tencionaria os outros serviços que trabalham em outra lógica técnico-operativa.

Esse modo dinâmico de operar o cuidado no CR pode reverberar nos serviços com que entra em contato, tencionando uma cadeia de cuidados que, muitas vezes, sequer espreita um horizonte mais longínquo que o seu próprio cotidiano de atuação. Olhar para mais longe, suportar a imprevisibilidade e investir em ações de cuidado, abarcando particularidades [...], são práticas difíceis de serem realizadas num cotidiano de atenção em saúde extremamente normatizado, balizado por um atendimento que se pauta por saberes profissionais, com mínima oportunidade de intersecção com os usuários que chegam com seus padecimentos difusos ou confusos (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p.06).

Nesse sentido, esse estranhamento e falta de dinamicidade apresentada por esses serviços normatizados esbarram no desafio de acolher e motivar esse seguimento populacional, que pode parecer que não se importa

com seu autocuidado. Formam-se, assim, barreiras de acesso dessa população nos serviços, mesmo quando estão acompanhados pela equipe do CnaR, como apontado pela fala do sujeito.

O acesso que a gente tem na rede é muito grande, e o descaso que eles fazem. Não quero julgar como é o outro serviço. Mas muitos das internações prévias são os descasos, de olhar a pessoa e dizer: “Tu de novo aqui? esse ai [sic] é nosso já, veio passar a noite aqui com a gente?” Sabe o descaso? não interessa se tem dez, trinta vezes, de repente a 14ª vez que ele vem aqui é verdadeira. [...] E assim a gente tem em toda a rede, não só na rede de internação. Nos outros postos que a gente vai levar os pacientes. Às vezes necessita, o médico precisava fazer, ausculta do bebê, aí a gente foi levar a paciente no lugar para fazer no posto: “A gente vai ceder a sala para vocês. Por que não sei atender esse tipo de gente” (trabalhadora 03).

Esta fala trata claramente sobre o pré-conceito de outros trabalhadores da saúde com as pessoas em situação de rua, assim como a desconsideração do trabalho realizado pela equipe do CnaR; demonstrando a falta de acolhida e o desentendimento da rede com o cuidado em saúde na perspectiva integral.

Apesar dessas grandes dificuldades, acredita-se que o acolhimento no espaço da rua pode ser uma forte estratégia problematizadora do processo de trabalho de outras equipes. De acordo com a publicação “Consultórios de Rua do SUS” (BRASIL, 2010), essa equipe de trabalhadores “provocam” os demais serviços para que acolham os usuários em situação de rua, estimulando “amarrações” interinstitucionais que potencializem as ações do Consultório de Rua, através da sensibilização dos trabalhadores da saúde.

É necessário ir além de práticas burocráticas e engessadas, que estigmatizam e restringem o acesso da população aos serviços a partir de critérios e fluxos institucionais.

[...] a aparência, a manifestação, o fenômeno, são um reflexo da essência, da realidade concreta, com tudo o que implica a palavra “reflexo”: algo fugaz, transitório, rapidamente negado e superado pela essência mais profunda (LEFEBVRE, 1995, p.217).

Essas provocações apresentadas pela dinâmica do trabalho do CnaR passam pelo ato de transitar no desconhecido, na rua e fora da instituição. Encontramos na realidade concreta e contraditória, bases do conservadorismo que simplificam os fatos e imobilizam, a partir de uma lógica mecanicista, levando a uma prática limitada. Em contraponto, afirmamos uma realidade que considera um organismo complexo e a necessidade de superar as aparências

e instigar a captura do real, da essência e do movimento, a partir de totalizações provisórias.

Através da fala dos sujeitos, é possível perceber que esta população muitas vezes está distante de formas de vida institucionalizadas, como o convívio com a família, estar em um trabalho formal, viver em instituições fechadas, abrigos, hospitais, entre outros. Para acolher essa população, é necessário compreender esse afastamento e desconfiança e investir no vínculo com a equipe que estimulará a confiança e a motivação para o autocuidado. Essa desconfiança também é apresentada na fala das trabalhadoras quando há uma aproximação da equipe no território:

Nos apresentamos. Apresentamos o trabalho como é, se ele tem alguma demanda para nós, se ele começar a falar, tem uns que tem mais resistência. A gente começa abordar tudo que a gente faz [...]. Ai quando eles veem que temos outros serviços, que muitos ficam com medo: "Não, não quero nada!" Ficam muito desconfiados. (trabalhadora 03).

O que acontece, as pessoas ficam desconfiadas, elas não conhecem o serviço, então muitas vezes elas não querem no primeiro contato (trabalhadora 04).

Podemos considerar que esta desconfiança e estranhamento também fazem parte de uma concepção do cuidado em saúde construído a partir de modelos tradicionais de institucionalização, como é marcada a história da saúde e como aponta a autora:

Em contestação ao modelo medico hegemônico, tanto psiquiátrico quanto o modelo clínico tradicional, os conceitos trazidos pelo Consultório na Rua e pela Redução de Danos seguem o movimento de desmonte dos aparatos hospitalares proposto pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica. Essa abertura para novos saberes e métodos, diferentes dos manicomiais, compuseram a base dos princípios da transdisciplinaridade, transversalidade e intersectorialidade que hoje fomentam a ideia da rede nas políticas públicas mais atuais. Essa novidade em agir no território é que marca a discussão mais recente nas políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (MARTINEZ, 2016. p. 286-287).

Consideramos que essa contestação ao modelo médico hegemônico passa pela contestação da perda da dimensão cuidadora. De acordo com Merhy e col. (2010) a perda desta dimensão se dá pela atuação profissional de extrema objetivação e focalização na doença e no corpo biológico, centrada nos procedimentos, desconsiderando outros elementos constitutivos da vida

humana em sociedade, principalmente proporcionada através da escuta ao usuário.

A dimensão cuidadora se dá por um olhar ampliado do profissional de saúde na vida do usuário, considerando a existência de elementos advindos da vida individual e coletiva no processo de saúde e doença. As políticas públicas de saúde, assim como a construção de projetos terapêuticos singulares e transdisciplinares, devem ir além das ações disciplinadoras sobre os grupos sociais, que podem levar à eliminação da singularidade do sujeito individual.

Para Merhy e col. (2010), a perda da dimensão cuidadora leva a uma prática em saúde caracterizada pela repetição, que anula as diferenças humanas e dita normas e regras da melhor forma de se viver. O cuidado em saúde, nessa perspectiva, é centrado no diagnóstico da doença e não no usuário: retira deste a autonomia de seu próprio cuidado e de suas escolhas.

A partir disso, consideramos que é possível produzir diferenças nas ações dos trabalhadores que se repetem. Para isso, é necessário que a equipe de saúde deixe de lado as certezas e generalizações dos atendimentos, é preciso reinventar as ações e produzir diferenças nestas repetições. Nesta perspectiva partimos de um modelo de atenção em saúde usuário-centrado e que busque dialogar com a realidade do território usado. De acordo com Santos (2000a, p.96-97):

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território, deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população.

O usuário deve ser um participante ativo na relação estabelecida entre os serviços e os trabalhadores de saúde. Também devem ser respeitados seus conhecimentos a respeito de seu entendimento de saúde e bem-estar. Isso contribui para a contestação de modelos médicos hegemônicos e práticas tradicionais, fazendo com que haja uma quebra de poder na busca de igualdade e equidade na construção do cuidado.

Na medida em que o serviço vai até a rua para fazer o acolhimento em saúde, como eu disse antes a lógica de poder ela se inverte, por

que quando tu está lá embaixo do viaduto, atendendo a pessoa em situação de rua, lá é tu que tem que se adequar as regras daquele grupo que mora lá, e não o grupo que tem que se adequar a forma de fazer o atendimento. E acho que isso é bem importante, é o profissional ter a capacidade também de conseguir sair desse lugar de poder alguns cursos da área da saúde de algumas profissões sempre se colocam nas posições intocáveis e ali se colocam numa posição de igualdade, onde não vai ter diferença (usuário 01).

O poder institucional e o técnico se mostraram algumas vezes impeditivos e outras, facilitadores de acolhimento, vínculo e integralidade. O poder da violência, no entanto, sempre impediu a construção de Integralidade, pois limitou ações, impediu atendimentos e gerou medo entre profissionais, gestores e usuários (GOMES, 2005, p. 143. apud Chupel, 2008, p.51).

Consideramos que esse lugar de poder apontado tanto na fala do sujeito como na citação, representa a valorização da verdade pelo conhecimento científico, principalmente reproduzido dentro das instituições. Na lógica em que o usuário apresenta em sua fala, há uma inversão pois no território é necessário que os trabalhadores se aproximem desses usuários, respeitando suas regras, conhecimentos e formas de vida.

Por meio da análise dos dados podemos identificar que as concepções e objetivos do acolhimento em saúde no espaço da rua se desenvolvem para garantir e facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde; estabelecer vínculo e confiança entre os trabalhadores e usuários por meio da escuta; e impulsionar que a rede de serviços dialogue com os territórios e suas dinâmicas de existência. Ou seja, é preciso que os serviços se reorganizem na mudança de um modelo técnico-operativo assistencial, à luz da universalidade, integralidade e outros princípios que fundamentam o SUS.

2.4. CONCEPÇÃO DE SAÚDE: DETERMINANTES E DETERMINAÇÃO SOCIAL

A respeito deste subtítulo, pretendemos realizar uma breve articulação teórica com a definição da proteção social, do SUS e do Movimento da Reforma Sanitária pois, no que concerne a esse tema, consideramos que nós do Serviço Social compartilhamos princípios ético-políticos e anseios pela construção de uma sociedade radicalmente nova e democrática. Mas

inicialmente tratamos da discussão sobre o conceito de saúde entre as determinações e determinantes sociais.

A Política Pública de Saúde adota o conceito ampliado, considerando a saúde além de determinações biológicas. De acordo com Buss & Filho (2007):

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (p.78, 2007).

A Política Nacional de Promoção a Saúde do MS traz como diretriz para os serviços de saúde o reconhecimento dos determinantes sociais. Nesse sentido, considera-se que promoção e prevenção de saúde não só depende de questões biológicas, mas sim dos determinantes sociais que se apresentam no contexto de moradia, vínculos familiares, saneamento básico, educação, entre outros.

De acordo com Borde, Hernández-Alvarez e Porto (2015), apesar de considerar alguns avanços da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) por meio da publicação do relatório final de 2008, a comissão propôs críticas importantes quando reconhece as desigualdades que influenciam na exposição de doenças de diferentes grupos populacionais em instância mundial, apresentando mobilização de práticas em defesa da equidade em saúde. A crítica que se faz a essa abordagem dos *determinantes sociais da saúde*, utilizada pela CDSS, é que estaria fundada na epidemiologia tradicional, que considera a saúde pela ausência de doenças, sobre tudo entendida como eventos clínicos- biológicos, de relações de causalidades.

Para outros teóricos há outra linha de discussão periférica que diverge dessa linha teórica *Norte Global*, que a CDSS privilegiou em seu último relatório. O conceito de *Determinação social em saúde* (DSS) vem sendo desenvolvido por autores da América Latina desde a década de 1970, articulada pela Medicina Social-Saúde Coletiva latino-americana (MS-SC), e

outros órgãos da sociedade civil como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), por exemplo. Apresentando termos aparentemente iguais, temos aqui dois conceitos que se diferem em suas raízes epistemológicas. Apesar das duas vertentes utilizarem o termo iniquidade (desigualdade injusta), devemos estar atentos a qual conceito de justiça que estão defendendo (BORDE; HERNÁNDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015).

O enfoque das determinações sociais defende uma posição igualitarista social da justiça, diferente da DSS que defende uma justiça liberal, a partir de uma assistência aos direitos sociais de cunho focalizado e meritocrático. Já a posição igualitarista social da justiça

[...] parte do reconhecimento de que as desigualdades são injustas porque são produzidas por uma apropriação indevida dos meios de realização da vida por parte de uma classe social, um gênero e/ou uma etnia/raça (matriz de dominação). (BORDE; HERNÁNDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015, p. 850).

Nesse sentido, o enfoque nas determinações sociais reconhece a partir da matriz teórica marxista as múltiplas determinações da realidade concreta e de sujeitos históricos que vivem e reproduzem os processos de dominação e exploração da força de trabalho no modo de produção capitalista. Partindo desta matriz, fundamenta-se o enfoque importante para o olhar interseccional, considerando as intersecções representadas pelas iniquidades intrínsecas ao sistema capitalista.

Portanto, as hierarquias étnico-racial, de classe social e gênero são simultaneamente parte constitutiva do desenvolvimento e da reprodução do regime capitalista e colonial, bem como determinantes do grau e da qualidade de dominação (BORDE; HERNÁNDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015, p.850).

É importante essa sustentação teórica para que possamos avançar por meio das políticas públicas sociais, de cunho universal e que busquem a emancipação política dos sujeitos. Junto a isso, sustentar e fortalecer outras frentes alternativas de mobilização social para a transformação social, que viabilize outra sociedade que sustente a emancipação humana. Diferentes de ações e políticas focalizadas e deterministas, devemos lutar por caminhos e linhas de fuga em que possamos vivenciar avanços frente a ações higienistas que alguns governos têm apresentado recentemente.

A Política Nacional de Promoção a Saúde do MS, assim como a RAPS, traz como diretriz para os serviços de saúde o reconhecimento dos determinantes sociais. Nesse sentido, considera-se que promoção e prevenção de saúde não só dependerá de questões biológicas, mas sim dos determinantes sociais que se apresentam no contexto de moradia, vínculos familiares, saneamento básico, educação, entre outros.

No que se refere à população em situação de rua, devemos considerar sua exposição a uma dinâmica de necessidades imediatas, diferentes das pessoas que vivem em domicílios, seja pelo frio, fome, higiene, violência e outros condicionantes.

A população, quando a gente vai fazer abordagem durante esse período da tarde, dificilmente a gente encontra um grande número de pacientes na rua. Então por quê? Por que eles estão trabalhando, estão tentando sobreviver (trabalhador 05).

Eu acho que as dificuldades são que eles são muito itinerantes, como eles têm que ganhar a vida durante o dia, ou guardando carro, ou fazendo qualquer outra atividade. Tu combina [sic] com eles: “tal local”, tu vai lá outro dia ou para fazer um curativo, ou para levar uma medicação, um outro procedimento e eles não estão lá, por que eles tiveram que ir em um outro local, ou reciclar ou fazer alguma coisa para ganhar a vida. Uma das dificuldades é essa (trabalhadora 01).

Os trabalhadores apontam que as necessidades imediatas exigem que as pessoas em situação de rua tenham atividades diárias de trabalho que atendam a sobrevivência. Isso seria uma dificuldade para equipe de encontrar esses usuários para a continuidade do tratamento de saúde, por exemplo. A característica de ser itinerante aqui seria apontada como algo necessário para essas pessoas que vivem em situação de rua e precisam sobreviver.

Conforme a pesquisa nacional sobre população em situação de rua (BRASIL, 2008), as pessoas em situação de rua no Brasil são identificados em sua maioria como trabalhadores, pois 70,9% dos entrevistado, na época, exerciam alguma atividade remunerada. Dentre essas atividades se destacam os catadores de materiais recicláveis com 27,5%.

Marx afirma que são as condições materiais que determinam a consciência e não o inverso:

O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que

determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (MARX, 2008, p. 47).

Se o indivíduo permanece no ciclo cotidiano da busca de necessidades mais grosseiras, materiais de condições de sua existência como a fome, o frio, a sede, ou o uso do álcool para aliviar o frio, ou para alívio dos sintomas de abstinência, dificilmente terá lugar para perceber outras necessidades humanas, além dessas emergentes.

O sentido aprisionado sob a grosseira necessidade prática possui unicamente um significado restrito. Para o homem que morre à fome, não existe a forma humana do alimento [...] o homem esmagado pelas preocupações não tem qualquer sentido para o mais belo espetáculo (MARX, 1964, p.199).

Ter consciência desse cotidiano voltado para a busca de necessidades grosseiras e emergentes é olhar para a materialidade que perpassa a realidade da pessoa em situação de rua, de forma a considerar as demandas que surgem durante o acolhimento em saúde naquele espaço da rua.

A gente vê muito frequente o consumo de álcool e outras drogas, ou alguma outra doença. E finalmente, focalizando na questão da demanda dele, então se ele não identifica uma demanda, que é a maioria dos casos, por incrível que pareça, ele não identifica nenhum problema de saúde, mas muitas vezes a gente identifica. Mesmo assim a gente faz o acolhimento, tentando fazer, os dois casos, mas nesse caso, a gente trabalha um pouco mais a prevenção, faz o mesmo, a gente apresenta o serviço, a gente oferece outra oportunidade se precisar. Geralmente a gente sempre tenta passar outras vezes ali. Por que eu acho que esse primeiro contato, essa primeira escuta vai servir para enfim, para outros atendimentos (trabalhadora 04).

É importante refletir de qual forma o trabalhador de saúde fará a mediação das necessidades grosseiras apresentadas pelos usuários e a oferta de insumos da saúde, seja através dos acompanhamentos sistemáticos de promoção e prevenção, uso contínuo de medicação, procedimentos clínicos, ou até mesmo planejar projetos de vida, entre outros. E mais além: podemos nos questionar quais as matrizes teóricas que a gestão pública vem adotando para a implementação do SUS, objetivando a defesa ou a desqualificação de uma gestão participativa e democrática com trabalhadores e usuários.

2.5. DEFINIÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Para tratar desse subtítulo buscamos nos embasar na própria PNH e em dois trabalhos que fizeram uma pesquisa bibliográfica a respeito do acolhimento em saúde no Brasil, sendo um artigo e uma dissertação de mestrado (CHUPEL, 2008).

O tema da humanização passa a ser uma estratégia governamental no Brasil a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000, que inicialmente vigorou através do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH do mesmo ano. A aplicabilidade das ações em saúde, à luz dos princípios e diretrizes do SUS, ao longo dos anos, foram ganhando novas roupagens e novas estratégias. A estratégia da humanização nasceu de acordo com Chupel (2008, p.33): “imbuída do discurso da integralidade, sendo um facilitador da modificação dos processos de trabalho e das relações nele estabelecidas”.

Segundo Chupel (2008), algumas estratégias governamentais foram aplicadas através de Programas de humanização, e essas ações só foram estruturadas como política quando o Ministério da Saúde, em 2004, instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse sentido a PNH trata da qualificação das relações estabelecidas nos serviços de saúde e as modificações nos processos de trabalho; e o acolhimento na política também aparece como dispositivo capaz de reorganizar os serviços de saúde. Um dos objetivos principais da política seria adotar a humanização como política transversal nos serviços e práticas em saúde.

Segundo a mesma autora, desde o início a PNH não apresentou uma definição sobre o conceito de humanização. A crítica a essa polissemia alerta que diferentes interesses poderiam ser materializados nas práticas de saúde do SUS, não havendo uma clareza na definição desse conceito. Há, de certa forma, a cooptação de mercado, de interesses privatistas ao conceito de humanização que valoriza a estética da ambiência e uma diretriz meritocrática dos trabalhadores.

Chupel (2008), ao trabalhar o conceito de acolhimento por meio de pesquisa bibliográfica, identifica quatro grandes linhas teóricas que tratam deste tema. Essas linhas teóricas trariam as seguintes ênfases: 1) processo de reorganização dos serviços com Franco, Bueno e Merhy (2003), Gomes (2005) e Malta (2001); 2) referencial da ética com Farias (2007) e Borges (2002); 3) A humanização como diretriz da PNH com Fonseca (2006) e 4) o acolhimento a partir da produção bibliográfica do Serviço Social com Sarmiento (1994) e Santos (2006).

A primeira e a principal ênfase, delineada a partir das leituras de Franco, Bueno e Merhy (2003), considera o acolhimento como uma tecnologia de saúde e uma diretriz do modelo tecnoassistencial. Para que os serviços tenham responsabilidade e resolutividade é necessário a construção de vínculo entre trabalhadores, serviços e usuários. Reordenar esses serviços para uma lógica usuário-centrado é trabalhar com a inversão de uma lógica mecanicista, institucionalizada e médico centrada. Para isso, é necessário responsabilizar toda a equipe multiprofissional pelo acolhimento e gerar um terreno fértil e democrático para a garantia do acesso à saúde com qualidade.

Em continuidade a essa primeira linha teórica, a partir de leitura de Campos (1997), é destacada uma compreensão do acolhimento no processo de reorganização dos serviços e a ampliação do “Coeficiente de Autonomia”. Ou seja, inclui na defesa das mudanças do modelo tecnoassistencial, o indispensável equilíbrio entre a autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores e dos usuários, pautado na integralidade e no respeito de cada história de vida desses usuários, vislumbrando um modelo democrático de acesso à saúde e fortalecimento do SUS. Para Campos (1997) os trabalhadores de saúde seriam os novos protagonistas da reforma do modelo tecnoassistencial.

Ainda sobre a defesa do acolhimento enquanto reorganização dos serviços há outra vertente defendida por Teixeira (2005) que trata da inserção do acolhimento na rede de conversações e na mudança do modelo tecnoassistencial; e o acolhimento como postura, como técnica e como

princípio de orientação de serviços a partir de discussões teóricas de Silva Junior e Mascarenhas (2006).

A segunda linha também se aproxima da consideração do acolhimento como sendo necessário para a inversão do modelo tecno-assistencial. Entretanto, o elemento novo nas discussões seria uma dimensão relacional aplicada a uma “ética do cuidado”. A escuta e o afeto, teriam um desempenho fundamental para o reconhecimento e compreensão entre usuários e trabalhadores no momento do acolhimento, que poderia variar também para uma dimensão relacional.

A terceira linha teórica, de acordo com Chupel (2008, p.67), trataria o acolhimento a partir da PNH e com base na “discussão dos direitos humanos, na equidade e na comunicação. Paradoxalmente, na análise empreendida por estes autores está imbuído um conteúdo calcado na solidariedade e ajuda”.

A quarta linha trata o acolhimento na produção bibliográfica do Serviço Social, apesar de este não ser nosso foco da pesquisa, é importante destacar que, de acordo com Chupel (2008), ainda não existem muitos trabalhos científicos que abordem este tema no serviço social. Sarmiento (1994) e Santos (2006) são os poucos que contribuem para este tema, o primeiro com foco relacional e o segundo no trato do atendimento às mulheres vítimas de violência.

Contudo, o processo de implantação do acolhimento na rede de serviços do SUS, como diretriz e parâmetro da PNH, até os dias atuais, apresenta ainda, uma série de questões que se contrapõem, atravessam e até impedem a sua materialização resolutiva nos serviços de saúde. Desse modo, há o questionamento da distância entre o planejamento das políticas de saúde e a realidade expressa nos serviços aos trabalhadores que realizam a assistência aos usuários.

Ressaltamos que, desde o ano de 2004, o MS tem apostado e reafirmado os princípios e diretrizes previstos na PNH sobre o atendimento prestado pelos serviços de saúde. Nessa discussão, sublinhamos a importância do acolhimento nos serviços de saúde, que tem por prioridade o processo de vinculação entre usuário e serviço, considerando os sujeitos além

da sua demanda espontânea e aparente, mas buscando a integralidade e resolutividade do atendimento.

Além disso, é necessário promover a ruptura com práticas burocratizadas e institucionalizadas na área da saúde, no entendimento de que o acolhimento:

[...] como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010, p.18).

Essa citação do documento da PNH, que trata especificamente do acolhimento, não deixa de agregar alguns conceitos que apresentamos anteriormente, a respeito dos autores. De certa forma, nos parece preocupante a PNH adotar esses conceitos tendo eles algumas diferenças teóricas e metodológicas. A respeito do acolhimento a política também afirma que:

É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010, p.19).

Ao revisar esses documentos da PNH não se vê clareza e aprofundamento dessas diretrizes (estética, ética e política), não manifestando qual raiz epistemológica fundamenta essas diretrizes. Entendendo a estética aqui como a ambiência, na fala dos sujeitos, de certa forma, podemos considerar algo que represente esta preocupação estética ou até mesmo relacional:

A gente sempre procura, enquanto a gente não conhece o paciente não ir todo mundo, não descer muita gente, desce um, dois, vai ali e conversa, porque no momento, muitas vezes tem muita saúde mental que está rua. Imagina, uma pessoa está sentado sozinho, e quando vê descem seis de uma Kombi e seis pessoas cercam ele assim. Eles se sentem muito acuados, eles muitas vezes não aceitam, vê que a gente tá [sic] vindo e vão saindo, até a gente estabelecer um vínculo com aquele paciente, desce um, dois ou três no máximo, desce um, dois na frente e se precisa de ajuda, chama mais alguém (trabalhadora 02).

[...] a gente prefere que as próprias mulheres da equipe, tente abordar as mulheres. Por que assim, elas se sentem como iguais, então às vezes os homens, a mulher sofreu algum tipo de violência, tal na rua e quando o homem chega para conversar sobre isso, ela se sente mais reprimida e com outra mulher ela consegue se abrir, consegue conversar mais. Então essas são algumas estratégias que a gente consegue colocar em prática (trabalhador 05).

Importa sinalizar, diante dessa exposição, que o acolhimento não ocorre isoladamente, é fundamental situar a compreensão de qual forma os serviços de saúde estão estruturados, e quais as condições concretas que subsidiam a possibilidade do acolhimento ao usuário dentro de um serviço de saúde e fora deles.

Dessa forma, um dos desafios do acolhimento é trabalhar na perspectiva de integralidade e acreditamos que essa possa ser uma problematização direcionada ao processo de educação permanente, defendida pelo Ministério da Saúde. A educação Permanente enquanto política do MS visa transformar a qualificar o processo de trabalho em saúde e considera este um processo de:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, ANEXO II, 2007 p. 13).

Nesse sentido a educação permanente propõe estratégias partindo de problematizações dos processos de trabalho, pautadas com objetivos nas necessidades e realidade de saúde dos usuários. Conforme a fala do usuário, aproximar as técnicas operativas à realidade prática apreendidas na academia é um desafio.

Um das coisas que mais me impactou de ver, foi ver, por exemplo, a enfermeira fazendo um curativo na pessoa sentada no chão. Eu nunca imaginei que iria ver uma trabalhadora fazendo aquilo. E é claro que foi uma surpresa boa por saber que ainda existem profissionais que conseguem pensar fora da caixinha daquilo que a academia forma. Mas eu acho que é um grande desafio (usuário 01).

Realizar um curativo na rua, por exemplo, geraria um impacto estético e podemos dizer ético-político, pois impacta algo que visualmente não é comum, mas favorece e proporciona o acesso a saúde dessa população, na medida em

que o trabalho na saúde pública tem como horizonte a construção de sujeitos coletivos em uma sociedade livre e democrática.

Apesar do corpo teórico de legislações existentes e de políticas públicas que sustentem princípios e diretrizes do SUS, as equipes de saúde e principalmente os usuários em situação de rua ainda enfrentam dificuldades no acesso à saúde. Ou seja, apesar dos esforços e lutas históricas de avanços da política pública de saúde no país, não é garantido o acesso universal, integral e equânime da população em situação de rua, pois se esbarra na reforma do projeto privatista neoliberal.

Essa situação se agrava exponencialmente na atualidade, pois o governo ilegítimo de Michel Temer aprovou no Congresso Nacional a PEC nº241/2016, que mantém congelados por 20 anos os investimentos nas políticas sociais, entre elas a da saúde. Se a realidade em movimento mostrava uma forte disputa de projetos societários e de proteção social desde a Constituição de 1988, atualmente o que temos assistido é um largo caminho na construção da “desproteção” social.

3. MAS AFINAL: DE QUAL POPULAÇÃO ESTAMOS FALANDO?

*[...] em casa de menino de rua
O último a dormir apaga a lua.
(Criolo)*

3.1. AQUELE (A) QUE HABITA A RUA

Iniciamos com a epígrafe de um verso da música do Criolo que retrata com sua poesia, que a casa, para algumas pessoas, pode ser representada de outras formas, como viver na rua, por exemplo, e não ter onde morar.

Viver na rua, estar e habitar nesse espaço atribui-se diversas denominações: o morador de rua, o sem-teto, o mendigo, o andarilho, etc. Este (a) habitante da rua por muitas vezes passa por invisível e despercebido aos olhos dos transeuntes. Mas quando é perceptível aos olhos da cidade, quando estraga a paisagem higienista, ele ocupa o cenário do estigma e do preconceito.

“Ah eles são invisíveis”! E no primeiro momento também pensei o mesmo. Mas no percurso eu fui refletindo, e pensei: “não eles não são invisíveis, eles são bem visíveis!”. Vai para o centro, vai para a praça, você vai ver eles, eu acho que a sociedade, nós temos nesse momento uma certa visualização que não é perfeita, não queremos ver assim (trabalhadora 04).

Para comprovar que essa população não é invisível e afirmar sua concretude, a pesquisa do MDS (Brasil, 2009) apresenta algumas características desse seguimento populacional. É de extrema importância a visibilidade dessas características pela gestão das políticas públicas para que possam formular e aplicar ações fundamentadas nessa realidade:

A grande maioria da população investigada é composta por homens (82%) em idade produtiva (18 a 54 anos) (86%). A vulnerabilidade educacional incide sobre 64% do grupo pesquisado – 15 % nunca estudaram e 48% tem o primeiro grau incompleto. Um quarto dos entrevistados não é alfabetizado (17%) ou só sabe assinar o nome (8%). A maior parte (53%) recebe entre R\$20,00 e R\$80,00 semanais, ou seja, menos de um salário mínimo mensal, o que caracteriza como miseráveis ou indigentes (BRASIL 2009, p.112).

Considerando a diversidade que caracteriza as pessoas em situação de rua, seja como meio de sobrevivência e moradia, de acordo com Prates (2011) a análise sobre a população e sua situação na rua não pode ser compreendida como estática, uma vez que o processo de realização é um movimento dinâmico. De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que

institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua define este seguimento como:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Além dessa definição referente a vulnerabilidade e heterogeneidade, a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação - PNIPSR (2008) aponta que essa população também institui a rua como principal espaço de sobrevivência e constituição de identidade. Nesse sentido Prates, Prates & Machado (2011) afirmam que a definição apontada reconhece que a rua, como referência, impacta na subjetividade dos indivíduos.

Considera-se de fundamental importância, para a produção do cuidado em saúde, que as equipes de trabalhadores estejam cientes das interfaces que definem essa população, considerando uma população marcada por estigmas de múltiplos condicionantes e pela exclusão social²⁰.

De acordo com Netto (2010), podemos considerar a pobreza e a exclusão social, como consequências da dinâmica antagônica do capital. Nesse sentido, Marx em sua obra “O Capital”, ao analisar a “lei geral de acumulação capitalista”, aponta subsídios para teóricos marxistas, que afirmam que não devemos relacionar de forma irreduzível a questão social ao pauperismo. Devemos fazer uma relação mais ampla, considerando que o capitalismo em diferentes estágios produz diversas manifestações da questão social, e essa é produto do modo de produção capitalista que apresenta a desigualdade produzida socialmente.

²⁰ Exclusão social é a impossibilidade de poder partilhar da sociedade e leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas mas, de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais culturais e políticas da sociedade. Esta situação de privação coletiva é que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública. É, portanto, um processo múltiplo que se explica por várias situações de privação da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade (Sposati, 1996, p.13).

Para Marx, o homem no modo de produção capitalista é tido como simples operário, e atribui a sua força de trabalho enquanto mercadoria, sua única forma de subsistência é vendê-la.

[...] a economia política não conhece o trabalhador desocupado, o homem que trabalha, na medida em que ele se encontra fora da relação de trabalho. O burlão, o ladrão, o pedinte, o desempregado, o faminto, o miserável, e o criminoso, são figuras de homem que não existe para a economia política, mas só para os outros olhos, para os do médico, do juiz, do coveiro, do burocrata, etc. (MARX, 1964, p.174).

O trabalhador é visto como mercadoria, e sua importância na sociedade e nas relações sociais perpassam por esse viés. A pessoa em situação de rua, neste contexto, não será reconhecida enquanto trabalhador, mesmo desenvolvendo algumas atividades informais (coleta de material reciclável, capina, serviço na construção civil, etc.); entretanto, será reconhecida e notada quando atrapalhar as passagens e a paisagem do centro da cidade.

Além da força de trabalho necessária para acumulação de capital, o modo de produção capitalista também criou a superpopulação de mão-de-obra não absorvida. O que Marx chamou de *lumpemproletariado*:

[...] vagabundos, soldados desligados do exército, presidiários libertos, forçados foragidos das galés, chantagistas, saltimbancos, lazzaroni, punguistas, trapaceiros, jogadores, maquereaus, donos de bordéis, carregadores, literati, tocadores de realejo, trapeiros, amoladores de facas, soldados, mendigos – em suma, toda essa massa indefinida e desintegrada (MARX, 1995, p. 366).

O *lumpemproletariado* pode ser considerado parte de camadas passíveis de fácil manipulação, do pauperismo, pois apresentam grosseiras necessidades materiais imediatas, como a fome, o frio, a dor, entre outros. Essa parte da população difere-se do exército industrial de reserva. “O pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva” (MARX, 1984, p. 209). Mesmo considerados fora do processo produtivo para a economia, constituem parte e condição da superexploração da classe trabalhadora e do desenvolvimento da riqueza.

Ainda sobre o processo de exclusão e a pobreza, Paugam (2004) utiliza-se do termo *desqualificação social* como uma das dimensões desse processo. A desqualificação social é um conceito que aponta a pobreza como algo

dinâmico e mutável. Para o autor, o enfraquecimento dos vínculos sociais diz respeito a uma das fases da desqualificação social. A exclusão do mercado de trabalho também gera sentimentos de fracasso de inferioridade, além de interferências nas relações familiares, com crises de identidade pelo fato de o indivíduo passar a depender dos serviços sociais para subsistência. A fragilidade pode levar ao uso, abusivo ou não, de substâncias psicoativas, e o consumo abusivo pode apresentar ao indivíduo complicações de saúde.

Segundo Paugam (2004), quanto maior for o período em que o indivíduo viver sem moradia, maior será a probabilidade de ruptura com os vínculos familiares e tendem também a desconfiar das instituições sociais. Tendo essa condição marginal, passam a buscar antes de tudo satisfazer necessidades imediatas.

Com intuito de aprofundar, através dessa pesquisa, dentre os diversos conceitos sobre a temática, assinalamos também o conceito de *rualização* utilizado por Prates (2011) que considera o processo da pessoa em situação de rua como algo não estático:

O termo processo de rualização [...] o reconhece como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num continuum, razão pela qual processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas (p.194, 2011).

[...] são pacientes que se encontram em alta vulnerabilidade social e que tem a condição de estar em situação de rua. A gente não usa esse termo de “morador de rua”, por que é um conceito de passivo, fixo, a gente gosta dessa “situação”. A gente respeita, enfim, o lugar da rua como moradia, por que eles nos ensinaram, que esse lugar é uma moradia para muitos deles, quando a gente toma essa situação como situação de rua (trabalhadora 04).

Os trabalhadores de saúde, conforme a fala do sujeito 04, reconhecem que estar em situação de rua não é um processo fixo, ele é algo mutável e dinâmico, assim como a realidade social. É um processo de múltiplos determinantes sociais que levam e acompanham os indivíduos na vivência das ruas. Reconhecer esse processo desta forma e trabalhar com o acolhimento em saúde é de extrema importância, pois fundamenta o conceito de saúde ampliado enquanto determinação social.

Além de problemas de saúde que mais acarretam fisicamente (pneumonia, tuberculose, problemas nos pés, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez de alto risco, entre outros) à população em situação de rua, é necessário relacionar as causas de problemas de saúde ocasionadas pelos modos de vida na rua, como: uso abusivo de álcool e outras drogas; transtornos mentais; habilidade cognitiva comprometida; exposição à violência; baixa ingestão hídrica; queda da própria altura; choque hipovolêmico; choque térmico; ferimento; dor lombar, entre outros (BRASIL, 2012)²¹.

Essas doenças e problemas de saúde também podem ser verificados na pesquisa nacional sobre população em situação de rua, que quantificou cerca de 30% dos entrevistados que afirmaram ter algum problema de saúde, dentre os problemas mais citados foram: Hipertensão, problema psiquiátrico/mental, diabetes e HIV/AIDS.

[...] como se poderia esperar a proporção de indivíduos com problemas de saúde é superior no caso de pessoas em situação de rua, mesmo quando comparamos com os dados referentes ao seguimento de baixa renda da população brasileira. A ocorrência de problemas de saúde está diretamente associada a fatores como renda, idade e local de pernoite (BRASIL, 2008. p. 97).

Por meio dessa citação da pesquisa nacional, podemos afirmar a necessária defesa e garantia dessa metodologia de trabalho proposta pelo CnaR pois, para que esses dados empíricos possam ser trabalhados pela política de saúde, é necessário fazer a busca ativa desta população que apresenta uma ocorrência de problemas de saúde associadas aos seus modos de vida.

Para abordar um pouco mais sobre esta população, pretendemos fazer uma articulação na análise com os dados do Censo realizado pela FASC e pela UFGRS, em Porto Alegre no ano de 2016. E identificamos que esses problemas de saúde considerados pelo MS também podem ser identificados com maior frequência nas respostas dos sujeitos que participaram do Censo de 2016, conforme a tabela 01.

²¹ Para maiores informações pesquisar: BRASIL, 2012.

Tabela 1 - Doenças e/ou problemas que o entrevistado possui de UFRGS

Doenças/ Problemas	2007				2011				2016			
	Tem		Não tem		Tem		Não tem		Tem		Não tem	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Doenças de pele	175	14,5	926	77,0	155	11,5	1109	82,4	34	7,8	402	92,2
DST	112	9,3	985	81,9	105	7,8	1160	86,1	35	8,1	399	91,9
HIV / AIDS	137	11,4	953	79,2	139	10,3	1119	83,1	64	15,0	364	85,0
Doença mental / Psiquiátrica / Psicológica / Depressão / Dos nervos / Da cabeça	369	30,7	731	60,8	446	33,1	820	60,9	157	36,1	278	63,9
Dependência química / Álcool	482	40,1	615	51,2	668	49,6	595	44,1	252	58,1	182	41,9
Doenças respiratórias / Asma	239	19,9	855	71,1	273	20,3	986	73,1	102	23,6	330	76,4
Tuberculose	68	5,7	1020	84,8	75	5,6	1178	87,4	31	7,2	401	92,8
Diabetes	52	4,3	1033	85,9	62	4,6	1192	88,5	22	5,1	410	94,7
Hepatite	81	6,7	1003	83,4	109	8,1	1142	84,8	35	8,1	395	91,9
Doença cardíaca	113	9,4	973	80,9	131	9,7	1123	83,4	41	9,5	392	90,5
Dores no corpo	447	37,2	644	53,5	557	41,4	690	51,2	190	43,7	245	56,3
Pressão alta	252	20,9	843	70,1	322	23,9	928	68,8	92	21,1	344	78,9
Nos dentes	483	40,1	617	51,3	667	49,5	587	43,5	206	47,2	230	52,8
Deficiência física	138	11,5	953	79,2	141	10,5	1104	81,9	57	13,4	369	86,9

Fonte: Pesquisa Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2007, 2011 e 2016

Fonte: UFRGS (2016, p. 69).

A pesquisa municipal traz esta tabela a partir do conjunto de questões sobre saúde e sexualidade que foram aplicadas para os entrevistados (as) da amostra representativa de 467 usuários (as). Quando questionados sobre os problemas de saúde ou doenças que os usuários possuem ou que já tiveram, alguns dos mais citados por eles foram: Dependência química/álcool (58,1%), nos dentes (47,2%), dores no corpo (43,7%); Doença mental / Psiquiátrica / Psicológica / Depressão / Dos nervos / Da cabeça (36,1%) e doenças respiratórias/Asma (23,6%).

Na pesquisa, quando perguntado sobre os serviços utilizados com maior frequência, o CnaR é indicado como um dos serviços que apresenta maior concentração de respostas com 35,7 % de referências. E quando ficam doentes indicam o CnaR como a quarta estratégia buscada, dentre outras 10 opções. Outro indicativo refere-se à nota atribuída aos serviços e a satisfação desta população, no qual o consultório na rua ficou como um dos serviços públicos mais bem avaliado na pesquisa em Porto Alegre.

Esses dados demonstram a importância do CnaR, afirmado como mais uma estratégia do SUS que busca alcançar e atender esse seguimento populacional. Esses dados epidemiológicos sobre as situações de saúde dessa população apontam uma necessária articulação diferenciada de busca ativa pelas equipes de saúde, respeitando seus modos de vida e identificando suas prioridades para o efetivo acolhimento dessa população e garantia de seus direitos.

3.2. MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA (MNPR)

[...] nós do movimento, estamos ai de olho. E a gente está ai fazendo tudo que a gente pode para melhorar, infelizmente nós temos ai um governador e um prefeito que estão cortando tudo, só falta cortar as pernas e a gente não poder caminhar mais, mas a gente esta na luta e FORA TEMER! (usuário 04)

De acordo com Costa (2007), o nascimento do Movimento Nacional da População de Rua é caracterizado pelas mobilizações a respeito da falta de reconhecimento e da invisibilidade desta população frente às políticas públicas. Essas iniciativas de mobilização política ganharam força no final da década de 1990, a partir da articulação com as cooperativas de catadores de materiais recicláveis. Um dos marcos desta articulação ocorreu no ano de 2001, em Brasília, na I Marcha Nacional da População de Rua e no I Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. A partir dessas mobilizações foi criado o Fórum da População de Rua.

No ano de 2004, na cidade de São Paulo, ocorreu a chacina na Praça da Sé, um episódio criminoso pela participação de policiais militares que causou a morte de algumas pessoas que estavam em situação de rua. Esse episódio, assim como outros atos semelhantes em outras regiões de país, impulsionou a emergente necessidade de organização política deste seguimento populacional. No ano de 2005, lideranças do Fórum da População de Rua participam do 4º Festival Lixo e Cidadania, realizado na cidade de Belo Horizonte. E foi neste encontro, a partir da organização e representação de várias cidades, que foi lançado o MNPR e suas bases de luta a partir da

influência e interlocução com a experiência do Movimento Nacional de Catadores (COSTA, 2007).

Segundo Melo (2001) outros eventos que marcam a história do MNPR foram o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua no ano de 2005, assim como a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) no ano seguinte. Este GTI foi criado pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e teve a representação de diversos Ministérios e da sociedade civil, que passaram a discutir propostas de criação da Política Nacional para a População em situação de Rua, sendo criada no ano de 2009, a partir do decreto nº 7.053.

Atualmente o MNPR possui núcleos organizados em diversas regiões do país e desenvolvem suas articulações em diversos espaços representativos no âmbito governamental. O movimento também conta com técnicos apoiadores, que, segundo Mello (2001, p.125), correspondem a *“pessoas que podem auxiliar em resolução de questões tidas como técnicas, tais como revisão e elaboração de alguns textos, auxílio jurídico ou mesmo político”*.

A Revista RADIS (Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca), de junho de 2016, apresentou como reportagem principal o título: *“Cidadania de Papelão: O desafio de viver sem a proteção de uma casa e a efetivação de direitos”*²². Em entrevista, Maria Lucia dos Santos Pereira, representante do Movimento da Bahia, defende que a maior luta do MNPR, hoje, é pela garantia e efetivação dos direitos previstos na Política Nacional para a população em situação de rua.

Em Porto Alegre, o censo do município quantificou, a partir de sua amostra, quantas pessoas conheciam ou participavam de algum Movimento Social, ou outro tipo de organização. Conforme a tabela 2 mostra que 33% das pessoas afirmaram conhecer o MNPR e 28% disseram que participam.

²² Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/165>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

Tabela 2 - Conhecimento e participação em Fóruns/Movimentos Sociais/ONG

Fóruns/Movimentos Sociais/ONG	Conhece		Participa	
	Freq	%	Freq	%
Boca de Rua	290	65,5	39	13,4
MNPR/Movimento	147	33,3	49	28,7
ECOSOL/POP RUA	93	21,5	35	28,0
EPA	206	47,0	52	25,7
Rede Integrada de Assistência	82	19,1	32	27,8
Nuances/Igualdade/GAPA	78	18,3	19	18,6
Outros	3	10,0	5	26,3

Fonte: Pesquisa Perfil e o Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2016

Fonte: UFRGS (2016, p.94)

A tabela 2 mostra outros espaços que demarcam uma organização coletiva com participação desses usuários através de outros fóruns e movimentos como: o Jornal Boca de rua, ECOSOL - Projeto Economia Solidária e População em Situação de Rua desenvolvida por uma ONG, Escola Municipal Porto Alegre (EPA), dentre outros. É importante destacar que, na pesquisa, o Jornal Boca de Rua, a EPA e o MNPR apareceram com grande frequência como espaços conhecidos pelos usuários.

O Movimento Nacional da População de Rua em Porto Alegre existe desde o ano de 2013. Para um dos sujeitos e representante do movimento, quando perguntado sobre a articulação com a política de saúde do município, refere que atualmente essa articulação não acontece, mas em outra gestão municipal essa articulação teria ocorrido e cita o projeto “*Se essa rua fosse minha?*” desenvolvido pela SMS do município no ano de 2015. O Projeto tinha como objetivo visar ações para diminuir a incidência de tuberculose na população em situação de rua²³.

Hoje a secretaria, ela tem uma lógica de fazer a política para as pessoas e não com elas. Eu acho que essa articulação não acontece, atualmente não acontece, acho que em outros momentos aconteceu e aconteceu de um jeito que conseguiu dar bons resultados a gente conseguiu construir o projeto “*Se essa rua fosse minha?*” que foi lindo! Um projeto que falava do acolhimento das pessoas que falava da questão do direito de acessar o posto de saúde, mesmo sem o documento, sem o comprovante de residência, mas isso era numa época em que a gestão estava aberta para isso. Esse projeto não funciona mais. (usuário 01).

²³ Para maiores informações sobre o Projeto acessar: <<http://grupothema.wixsite.com/tuberculose2015>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

Nas entrevistas, um dos trabalhadores identifica o MNPR também como participante da história do Consultório na Rua no município, considerando suas articulações de defesa da garantia do serviço, e do funcionamento com uma base da Unidade de Saúde com o acolhimento na região central, além das ações diárias de busca ativa realizadas nos territórios.

E eu acho que se não existisse, o consultório na rua, eu acho que seria bem pior. A gente tem uma base, que não seria, foi uma luta do movimento nacional da população de rua, e acredito que quando não existia essa base, eles não iam em lugar nenhum, mesmo que a gente fosse do consultório e fosse atrás e levassem nas unidades, eles não gostavam, eles não iam, eles se escondiam (trabalhadora 06).

Nesse sentido, verificamos aqui a importância da articulação política deste seguimento frente à invisibilidade de direitos vivenciada por esta população. O movimento social tem essa bandeira de reivindicar intervenções na realidade social, assim como serem reconhecidos e representados nos espaços de controle social, de planejamento e avaliação das políticas sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu conheci o consultório na rua faz muitos anos, isso foi em 2008, quando tinha uma doutora incrível lá, me ajudou bastante e ajudava a todos bastante. [...] Acho que tudo é válido, até esse consultório que vai na rua, que vai lá e fala com ele, entende as pessoas. Fica bem mais próximo do íntimo do morador de rua (usuário 02).

Iniciamos as considerações finais a partir da fala do usuário, pois nela ele demonstra o sentido do CnaR para ele e indica uma forma de alcance dessa equipe “mais próximo do íntimo do morador de rua”. Se essa proximidade diz sobre o esforço desses trabalhadores e trabalhadoras do SUS para com a defesa de direitos dessa população, fica claro aqui a nossa defesa desse serviço e de seu processo de trabalho.

Buscamos na construção desta pesquisa, além de sistematizar o diálogo entre os conteúdos teóricos acerca da construção e funcionamento do trabalho do CnaR, seguimos com o desejo do desenho da análise dos dados por meio das reflexões sobre o alcance da Política Pública de Saúde às reais necessidades dessa população. Para esta sistematização realizou-se mediações, por meio do método materialismo histórico dialético, fonte que acreditamos se aproximar, o mais possível, da realidade concreta desvendando essa realidade repleta de contradições.

Durante o caminho da pesquisa, atribuímos novas significações do que considerávamos como acolhimento em saúde no espaço da rua. Este sendo o principal elemento condutor do processo de trabalho do CnaR e de acesso à saúde a população em situação de rua. E ao concluir essa dissertação, consideramos que, além do acolhimento ser um elemento condutor importante no processo de trabalho e acesso, os dados demonstraram que ele também é uma estratégia que se entrelaça, se enrosca e constrói este processo de trabalho, junto às outras técnicas e estratégias como: a busca ativa, a abordagem, a escuta, a construção de vínculo e confiança com os usuários, entre outros.

Através dessas significações a respeito do acolhimento, destacamos a “persistência acolhedora” como uma categoria empírica identificada nesta pesquisa por meio da análise. Esta categoria seria tomada também como uma estratégia constituída pelo instrumental utilizado pelo Consultório na Rua. A

importância dessa categoria para o CnaR se apresenta, a partir da fragilidade ou perda de vínculos com a família, com o trabalho e junto à privação do acesso em diversos espaços, vivenciadas pelas pessoas em situação de rua.

Nesse sentido, reconhecemos o processo de trabalho do CnaR como algo dinâmico, não mecânico, pois há uma construção em ato, in loco. Implica considerar a materialidade histórica de vida da população em situação de rua e a sensibilidade dos trabalhadores, aliada ao conjunto de percepções sensíveis à essência do real.

Apesar dos avanços conquistados através da construção do SUS enquanto Política Pública, é preciso que o acolhimento e as agendas institucionais de saúde estejam conectados para além do discurso, é preciso seu desenvolvimento na prática, na contra prova. É por meio da práxis que se contempla o movimento da teoria e da prática, do real e da ideia.

Dessa forma o acolhimento em saúde no espaço da rua, ultrapassa o atendimento de problemas pontuais, implica também na realização da interpretação sócio histórica das condições de vida da população, assim como suas formas de organização coletiva, realizando uma relação entre as demandas individuais e coletivas. Nesse sentido, um dos objetivos principais do acolhimento é ampliar o acesso à saúde dessa população que vive em situação de vulnerabilidade social e de distanciamento dos serviços de saúde e da rede intersetorial.

O Consultório na rua tem como um dos objetivos acolher e acompanhar o usuário de diversas formas e em diferentes situações, seja durante um atendimento clínico, para a realização de um exame, visitas durante internação hospitalares, emissão de documento, entre outros. Considera-se importante esse tipo de acompanhamento, pois este usuário, na maioria das vezes, está violado em suas necessidades básicas como a saúde física e autonomia básica.

A falta de oportunidades e condições objetivas para a produção da vida também devem ser levadas em conta, muitas vezes geradas pela falta de recursos; falta de moradia, precarização dos abrigos e albergues; dentre outros

serviços da rede intersetorial, fragilização ou quebra de vínculos familiares e comunitários, entre outros.

O direito à saúde é um direito universal e o Sistema Único de Saúde comporta, além das ações de promoção e prevenção universais, ações específicas direcionadas a populações com índices epidemiológicos e realidades territoriais diferentes. Consideramos que o CnaR trabalha com mediações para a satisfação das necessidades básicas à população em situação de rua, por meio de ações específicas.

A partir da análise das falas dos sujeitos podemos considerar que o acolhimento no espaço da rua é um movimento dinâmico, circular e criativo. Para estar nesse movimento é preciso estar sensível ao instante e perceber qual o momento necessário de insistir e persistir no ato do encontro. Estar atento ao trânsito diário e circular pela dinâmica da rua e fazer com que as técnicas e rotinas institucionais e padrões corporativos sejam acessíveis e flexíveis à realidade das formas de viver na rua.

É preciso inspirar e mobilizar o usuário para ter acesso ao seu autocuidado, indo na contramão de uma história de estigmas e deslegitimação de direitos sociais. Os trabalhadores da saúde e as instituições são desafiados a oferecer o atendimento respeitando as particularidades da vida na rua. O Movimento da Reforma Sanitária e o SUS devem sustentar a inspiração de novas configurações das ações em saúde, assim como a confiança e o vínculo das relações que inspiram e alimentam esse processo, que transborda angústias, ansiedades, afeto, sensibilidade, ternura, ou seja, tudo que é humano.

O acolhimento em sua materialidade do encontro entre trabalhador e usuário perpassa pelas determinações sociais da realidade, desde as necessidades básicas e imediatas, até as ações preventivas que buscam construir projetos de vida. Esses encontros devem estar guiados e fundamentados sob a luz da acessibilidade e universalização das políticas sociais.

É importante deixar claro outra contradição presente no processo de trabalho iniciado por este encontro no espaço da rua com o usuário, mesmo

com metodologias de trabalho e estratégias que valorizem e favoreçam democraticamente a participação do mesmo, principalmente no caminho de seu acompanhamento/ tratamento de saúde. Isto não elimina a agenda que esta equipe tem com base nos planos estratégicos institucionais e políticos de saúde. Nesse sentido, a agenda da equipe e os desejos dos usuários devem ser complementares no atendimento em saúde, respeitando a realidade de um movimento conjuntural universal, particular e singular.

Desta forma, essa agenda política e institucional deverá ser flexibilizada a partir das necessidades apresentadas ou não por esses usuários, para que possa se aproximar cada vez mais de um caminho e das matrizes que valorizam vidas e as relações sociais sem alienação e exploração de classes.

Durante a coleta e análise de dados, dos 10 entrevistados, 09 afirmaram que o trabalho do CnaR favorece o acesso dessa população aos serviços de saúde e da rede intersetorial. Ao concluir este estudo, é possível afirmar que a concepção de acolhimento em saúde no espaço da rua para os trabalhadores é entrelaçada por estratégias do processo de trabalho, fundamentadas no SUS. Essas estratégias são emaranhadas com a busca ativa, abordagem, escuta, acolhida, vínculo, confiança, sensibilidade, persistência, entre outros.

Para os usuários a concepção não perpassa tanto pela aplicabilidade e construção desse processo de trabalho como para os trabalhadores, mas transcorre pela percepção e sentido de quem recebe esse acolhimento, e de como essa equipe chega até eles. Em relação ao sentimento de confiança dos usuários para com a equipe do CnaR, de 04 usuários, 03 deles em suas falas apresentam uma identificação deste sentimento como um benefício gerado pelo atendimento prestado.

Sendo assim, o acesso, a identificação e a confiança são as categorias que mais aparecem na fala dos usuários para definir o acolhimento no espaço da rua. Os usuários apresentam percepções e sentidos de serem tratados como seres humanos de direitos, por essa equipe que respeita seus modos de vida e constrói relações de afeto e igualdade.

Chamamos atenção para os limites e contradições evidenciadas nesse processo e apresentadas pelos sujeitos, como a falta de estrutura e a

precarização de recursos humanos, dos serviços de saúde e da rede intersetorial no município. Assim como a percepção evidenciada pelos sujeitos, a respeito da valoração da pessoa em situação de rua como carente, ou como não merecedora da prestação dos serviços do Estado. Esse processo de trabalho também encontra limitações nas instituições públicas, naquelas instituídas ao um processo de trabalho alienado, engessado, burocratizado a serviço da meritocracia.

Acreditamos que esta pesquisa cumpriu os objetivos propostos pelo caminho formativo e educacional do Mestrado, pois realizamos o diálogo com as contradições, limites e potências encontradas nos resultados e análise dos dados. Por meio do amadurecimento e criação da escrita e na defesa dos sujeitos participantes (usuários e trabalhadores) e das políticas públicas, acreditamos que esta pesquisa também desempenhou seu caminho através dos preceitos ético-políticos da profissão enquanto Assistente Social e trabalhadora do SUS.

As discussões apresentadas aqui sobre a PNH, apesar dos limites pontuados, nos permitiram reafirmar e fundamentar nossa defesa da Política Pública de Saúde e seus diversos seguimentos e alcances. Por meio de nossa implicação com o estudo e o campo defendemos e acreditamos, assim como os autores apresentados, que o acolhimento em saúde e o processo de trabalho do CnaR, também podem e devem ser desenvolvidos enquanto dispositivos de mudanças e de reorganização dos serviços, entendendo a saúde como direito universal e integral, atendendo as particularidades dos usuários, para além do instituído.

Sem o intuito de esgotar a temática, esperamos despertar, por meio deste estudo, reflexões a respeito da construção de novas configurações das ações em saúde, no que se refere ao acolhimento em saúde à população em situação de rua. Acreditamos que essa construção tem fundamentos no Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que preza por uma gestão democrática do SUS, que defende a participação e acolhe as experiências de vida destes sujeitos implicados no espaço da rua, seja por meio do trabalho, seja pelos modos de vida.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa de Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 ago. 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 2.488**, de 21 out. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro e 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).
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.029 de maio de 2014**. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)
- _____. Ministério da Saúde. **Decreto 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.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Ação e gestão de informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa sobre a população em situação de rua.** Brasília DF, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política nacional para Inclusão Social da População em situação de rua.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.cidadeviva.org/anjosdanoite/wp-content/uploads/2010/12/politica-nacional-para-inclusao-social-da-populacao-em-situacao-de-rua-para-consulta-publica.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, 2007.

CHUPEL, Cláudia Priscila. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis.** 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90888/260105.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 set.2017.

COSTA, Daniel de Lucca Reis. **A Rua em Movimento: Experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua.** 2007. 241 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-20122007-140625/pt-br.php>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.

LEFEBVRE, Henri, **Lógica formal, lógica dialética,** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LONDERO, Mario; CECCIM, Ricardo; BILIBIO, Luiz. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde, *Interface*, Botucatu, SP, n 49. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251>. Acesso em: 01 mar. 2017.

LUKÁCS, Gyorgy. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. **Temas de Ciências Humanas.** São Paulo, n.4, p. 01-18, 1978.

MARX, Karl. **O manifesto do partido comunista.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978

_____. **O 18 Brumário de Luis Bonaparte**. São Paulo: Abril Cultural, 1995.

_____. **Manuscritos econômicos e filosóficos: I, II e III**. Tradução Artur Morão. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1964.

_____. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1. L. 1. t. 1. (Os economistas).

MARTINEZ, Mariana. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: O caso de São Bernardo do Campo. In: **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: Edufscar. 2016.

MATTOS, Patrícia. **O conceito de interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil**. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=191&Itemid=170>. Acesso em: 14 jul. 2017.

MELO, Tomas Henrique de Azevedo Gomes. **A Rua e a Sociedade: Articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. 2011. 194 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/portal/antropologiasocial/files/2012/04/A-Rua-e-a-Sociedade-Melo-Completa2.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L. M.; CERQUEIRA, M. P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Tullio Batista Franco; Valéria do Carmo Ramos. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. 1º ed. São Paulo: Hucitec, 2010, v. 1, p. 60-75.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização - do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a propósito da “Questão Social”. In: **Revista Temporalis**, Brasília, ano II, n. 3, jan./jun., 2001.

PAUGAM, Serge. O Enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: **As artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 5. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

PEREIRA, C. P. Proteção Social no capitalismo: Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. Tese de doutorado. Unb, dez. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/15153>>. Acesso em Junho de 2017.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017** (2013). Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2016.

PRATES, Flávio Cruz; PRATES, Jane Cruz; MACHADO, Simone Araújo. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 11, n. 22, p.191-215, jul./dez. 2011.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. In: **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n.1, p.116-128, jan./jul.2012.

_____. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. In: **Temporalis**, Brasília, DF, ano 11, n. 22, p.191-215, jul./dez. 2011.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. UFRGS. **Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS**. In: Relatório quanti-qualitativo realizado através de Contrato entre a FASC e a UFRGS / FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 2016.

APÊNDICE A

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS
Escola de Humanidades
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado em Serviço Social

Pesquisa: **O Consultório na Rua e o acolhimento em saúde**

Mestranda: Afrânica Hemanuelly Castanho Duarte

Orientadora: Dra. Berenice Rojas Couto

Instrumento de pesquisa 1

Formulário da entrevista

Trabalhadores (as)

Nº do Instrumento

Data:

Idade: Sexo: () F () M

Formação:

Tempo de trabalho no CnaR:

Cargo/Função:

- 1) O que você entende por acolhimento em saúde à população em situação de rua?
- 2) Quais são as demandas mais frequentes observadas durante o acolhimento em saúde?
- 3) A equipe realiza o acolhimento em saúde no espaço da rua? Se sim, de que forma ele acontece? E qual a frequência desses acolhimentos na rua?
- 4) A equipe utiliza-se de estratégias e ferramentas para a realização do acolhimento? Se sim, quais?
- 5) Quais os condicionantes que mais dificultam ou favorecem o acolhimento no espaço da rua?
- 6) Há algum planejamento das atividades realizadas pela equipe? Se sim, como ocorre?
- 7) Existem avaliações destas atividades e/ou metas institucionais a serem cumpridas pela equipe? Se sim, como isso ocorre?

APÊNDICE B

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS
Escola de Humanidades
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado em Serviço Social

Pesquisa: **O Consultório na Rua e o acolhimento em saúde**

Mestranda: Afrânnia Hemanuely Castanho Duarte

Orientadora: Dra. Berenice Rojas Couto

Instrumento da Pesquisa 2

Formulário da entrevista

Usuários (as)

Nº do Instrumento

Data:

Idade: Sexo: () F () M

Grau de instrução:

Profissão:

Vive em situação de rua () Sim - há quanto tempo? _____ () Não

Tempo de participação no MNPR_____.

- 1) O que você entende por acolhimento em saúde à população em situação de rua?
- 2) Quais são os problemas de saúde que a população em situação de rua apresenta com maior frequência?
- 3) Como você conheceu o Consultório na Rua?
- 4) Como você percebe o acolhimento em saúde no espaço da rua?
- 5) Na sua opinião, existe no espaço da rua algo que favoreça ou dificulte o atendimento em saúde da população em situação de rua? Se sim, o que favorece e o que dificulta?
- 6) Há diferença entre o acolhimento realizado dentro dos serviços de saúde e o acolhimento realizado no espaço da rua? Se sim, qual?
- 7) Há alguma relação e/ou articulação entre o MNPR e a Política de Saúde em Porto Alegre? Se sim, de que forma isso acontece?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu Afrânnia Hemanuely Castanho Duarte responsável pela pesquisa intitulada “O Consultório na Rua e o acolhimento em saúde”, sob a supervisão e orientação da prof. Dra. Berenice Rojas Couto, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende analisar as práticas e as concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua, a fim de identificar a percepção dos (das) trabalhadores (as) do Consultório na Rua e dos (as) usuários (as)-representantes do Movimento Nacional da População de Porto Alegre.

Acreditamos que ela seja importante, pois pretende evidenciar reflexões a cerca do cuidado em saúde da população em situação de rua.

Para sua realização e para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximadamente de 40 minutos, na qual você irá responder no máximo 10 perguntas pré-estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Sua participação constará de forma voluntaria.

É possível que aconteçam alguns desconfortos, considerando os riscos mínimos da pesquisa, você não precisa responder a qualquer pergunta durante a entrevista, caso se sinta desconfortável em compartilhar informações pessoais. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Os benefícios que esperamos com o estudo é despertar, algumas reflexões a respeito da construção de novas configurações das ações em saúde, no que se refere à prática do acolhimento em saúde à população em situação de rua. A partir da própria fala e experiências de vida destes sujeitos implicados no espaço da rua, seja por meio do trabalho e/ou dos modos de vida.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com Afrânnia H. C. Duarte no telefone (51) 981912604 a qualquer hora.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a

proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA), localizado na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), Fone: 32.89.55.17, E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep_sms@sms.prefpoa.com.brde segunda a sexta-feira.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

Afrânna Hemanuely Castanho Duarte (Pesquisadora)

ANEXO A



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7717

Porto Alegre, 13 de março de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "O Consultório na Rua e o acolhimento em saúde". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

ANEXO B

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Consultório na Rua e o Acolhimento em Saúde

Pesquisador: IDILIA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66946117.6.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.062.461

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado sobre reflexões quanto a percepções de profissionais e de usuários do Consultório na Rua.

Objetivo da Pesquisa:

Visa a analisar as práticas e as concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua, para identificar a percepção dos (das) trabalhadores (as) do CnaR e dos (as) usuários (as), representantes do Movimento Nacional da População de rua do Município de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios está adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Haverá entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de 10 adultos: (5) cinco trabalhadores (as) que compõem a equipe do CnaR e (5) cinco integrantes (usuário (a) -representante).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos termos foram adequadamente apresentados.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.052.451

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O cronograma precisa ser revisto, na medida em que previa análise do CEP em janeiro.

Revisar se não há necessidade de oficializar co-participação da prefeitura de POA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS n° 466 de 2012 e n° 510 de 2016 aguarda a realização das adequações indicadas nos itens: "Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória" e "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações" em um prazo de TRINTA DIAS conforme previsto na Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS onde se lê: Aspectos Operacionais dos CEPs, E) Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de trinta (30) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la."

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_888816.pdf	01/04/2017 13:39:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	01/04/2017 13:37:13	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_dados.pdf	01/04/2017 13:34:14	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_do_campo.pdf	01/04/2017 13:33:39	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Carta_de_Aprovacao_sipesq.pdf	01/04/2017 13:32:14	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_02.pdf	01/04/2017 13:31:20	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_01.pdf	01/04/2017 13:31:00	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon CEP: 90.619-900

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.052.461

Outros	Instrumento_01.pdf	01/04/2017 13:31:00	DUARTE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.doc	01/04/2017 13:29:40	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Documento_Unificado_sipesq.pdf	01/04/2017 13:28:57	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	01/04/2017 13:28:09	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LVR_E_E_ESCLARECIDO.pdf	01/04/2017 13:27:03	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/04/2017 13:26:43	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	01/04/2017 13:26:18	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

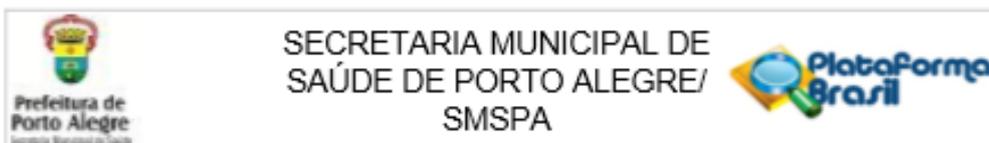
Não

PORTO ALEGRE, 14 de Maio de 2017

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Consultório na Rua e o Acolhimento em Saúde

Pesquisador: IDILIA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66948117.6.3001.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.185.951

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado a ser realizada pela discente Afrânica H. C. Duarte, com orientação da Prof. Dra Idilia Fernandes. A pesquisa tem como objetivo principal analisar as práticas e as concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua, a fim de identificar a percepção dos (das) trabalhadores (as) do Consultório na Rua e dos (as) usuários(as) representantes do Movimento Nacional da População de Rua – Rio Grande do Sul. Partindo do método dialético crítico, utilizaram como metodologia de pesquisa o enfoque misto. A coleta de dados será realizada através de entrevista com os (as) trabalhadores (as) e usuários (as) a partir de um roteiro de questões semiestruturadas. Os sujeitos do estudo foram definidos por amostra do tipo intencional e pretendemos coletar os dados através de entrevista com cinco (5) trabalhadores (as) que compõem a equipe do CnaR e cinco (5) integrantes (usuário (a) -representante) do MNPR.

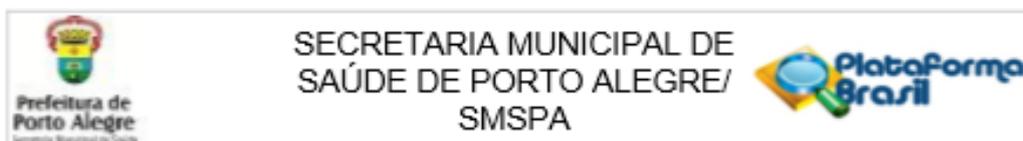
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar as práticas e as concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua, a fim de identificar a percepção dos (das) trabalhadores (as) do Consultório na Rua e dos (as) usuários (as)-representantes do Movimento Nacional da População de rua de Porto Alegre.

Objetivos específicos:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.185.951

- Conhecer as diretrizes e ações que orientem as práticas de acolhimento no espaço da rua, a fim de identificar quais são as estratégias vinculadas à educação permanente;
- Analisar o trabalho da equipe de saúde que realiza as práticas de acolhimento aos usuários na rua, para identificar quais ações que objetivam a integralidade do cuidado em saúde;
- Identificar as potências e os limites do acolhimento no espaço da rua, a fim de refletir sobre as estratégias inovadoras no campo da saúde.
- Identificar a percepção do acolhimento para os (as) usuários (as)-representantes do MNPR, a fim de refletir sobre o cuidado em saúde, além do instituído.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme a autora a pesquisa:

Riscos:

Consideramos que esta pesquisa não apresenta desconforto ou riscos físicos, entretanto apontamos alguns riscos mínimos, nos quais os sujeitos poderão sentir desconforto em compartilhar informações pessoais e apresentarem a preocupação de suas falas serem reconhecidas na pesquisa, mesmo não sendo identificadas em nenhum momento pela pesquisadora. Esta preocupação poderia acarretar em razão do município de Porto Alegre possuir somente duas equipes de Consultório na Rua. Nesse sentido, explicaremos ao sujeito, que não precisa responder a qualquer pergunta durante a entrevista, caso se sinta desconfortável e/ou sinta que poderá ter sua fala reconhecida. Entendendo que a pesquisa não apresenta riscos maiores aos sujeitos, além dos riscos mínimos citados, almejamos que os resultados possam contribuir com a Política de Saúde em relação à temática.

Benefícios:

Os benefícios que esperamos com o estudo é despertar, algumas reflexões a respeito da construção de novas configurações das ações em saúde, no que se refere à prática do acolhimento em saúde a população em situação de rua. A partir da própria fala e experiências de vida destes sujeitos implicados no espaço da rua, seja por meio do trabalho e/ou dos modos de vida. Contribuir com os estudos e prática a respeito do acolhimento em saúde, assim como a busca da integralidade e as estratégias do Sistema Único de Saúde, ligado a Educação Permanente.

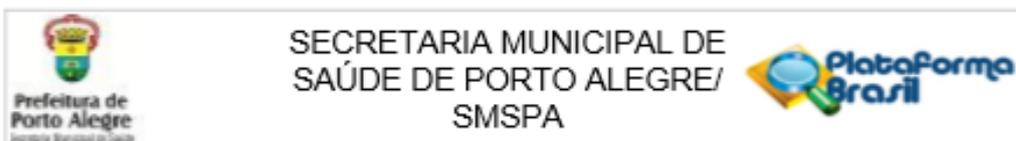
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nível da Pesquisa: Mestrado

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Curso: Serviço social

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.185.851

Tipo de estudo: mestrado

TCLE: sim

Local de realização do estudo: Consultório na Rua - GD Centro

Duração do estudo: 22 meses

Número de sujeitos da pesquisa: 10

Data prevista da conclusão do estudo: Dezembro/2017

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética não foram identificadas pendências, projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

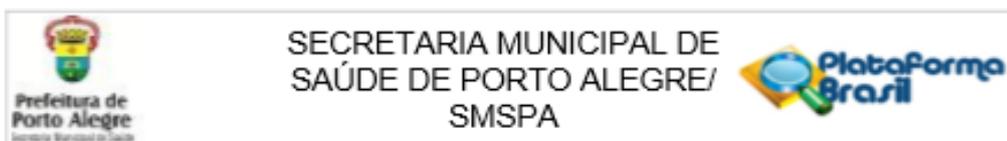
O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_886816.pdf	20/05/2017 16:07:58		Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_atualizado.pdf	20/05/2017 16:07:28	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Carta_CEP_FUC.pdf	20/05/2017 16:06:35	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_886816.pdf	01/04/2017 13:39:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	01/04/2017 13:37:13	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_dados.pdf	01/04/2017	AFRANNIA	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.155.051

Outros	Termo_de_compromisso_dados.pdf	13:34:14	HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_do_c ampo.pdf	01/04/2017 13:33:39	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Carta_de_Aprovacao_sipesq.pdf	01/04/2017 13:32:14	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_02.pdf	01/04/2017 13:31:20	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Instrumento_01.pdf	01/04/2017 13:31:00	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.doc	01/04/2017 13:29:40	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Documento_Unificado_sipesq.pdf	01/04/2017 13:28:57	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	01/04/2017 13:28:09	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	01/04/2017 13:27:03	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/04/2017 13:26:43	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	01/04/2017 13:26:16	AFRANNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.155.251

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Julho de 2017

Assinado por:
Thaís Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br