



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Marcelo Pedra Martins Machado

**As práticas dos Consultórios na Rua: perspectivas para o monitoramento e  
avaliação do campo**

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M149 Machado, Marcelo Pedra Martins

As práticas dos consultórios na rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo / Marcelo Pedra Martins Machado – 2021.  
261 f.

Orientadora: Elaine Teixeira Rabello

Doutorado (Tese) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Pessoas em situação de rua – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Teses. 3. Serviços de saúde – Teses. 3. Prática de saúde pública – Teses. 4. Pessoal de saúde – Teses. 5. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Rabello, Elaine Teixeira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2:364 (81)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Marcelo Pedra Martins Machado

**As práticas dos Consultórios na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Teixeira Rabello

Rio de Janeiro

2021

Marcelo Pedra Martins Machado

**As práticas dos Consultórios na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 05 de abril de 2021.

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Teixeira Rabello  
Instituto de Medicina Social- UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Carmen Lúcia Albuquerque de Santana  
Universidade Federal de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski  
Universidade Federal de Pelotas

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Tânia Cristina França da Silva  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Fabiana Damásio Passos  
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2021

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os amigos (do Rio e de Brasília) que de muitas formas estiveram presentes na construção deste trabalho.

Aos amigos da Fiocruz Brasília (Fabiana Damásio, Stella Santos e Guilherme Gomes).

Aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UnB.

Aos professores do Instituto de Medicina Social - IMS, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, por todo o aprendizado.

Às colegas da Secretaria do IMS/UERJ por todo o suporte no meu período à distância.

Aos professores Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Ruben Araújo Mattos e Roseni Pinheiro, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos amigos Ilano Almeida Barreto e Silva e Sidlei Queiroga de Araújo, pela parceria na construção da análise dos dados do e-SUS AB.

À Nágila Verônica Sousa de Freitas, pela parceria no trabalho de normatização (dos dois mestrados e do doutorado).

À Thaís por todo amor e compreensão e aos dois cachorros (Toquinho e Pretinho) pela companhia.

Às minhas famílias (Rio, Brasília e Portugal) que, mesmo longe, são sempre muito presentes na minha vida, mas em especial ao meu irmão Márcio e à minha madrinha Nicéia.

À professora Roseni Pinheiro, pelos aprendizados ao longo deste percurso do doutorado e pela introdução ao trabalho da Hannah Arendt, autora que tem se tornado cada vez mais importante em minhas reflexões sobre o campo. Mas, sobretudo quero agradecer por sua participação no processo de coorientação deste trabalho.

E, por fim, à minha orientadora Elaine Rabello, pela dedicação e disponibilidade irrestrita. Obrigado por tudo que aprendi na trajetória de mestrado e, agora, doutorado ao seu lado. Dois trabalhos realizados com distâncias cada vez maiores (primeiro Rio/Brasília e depois Brasília/Amsterdam), mas que não impediram que o nosso percurso e parceria tivessem se tornado mais próximos e mais sólidos.

## RESUMO

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. **As práticas dos Consultórios na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo.** 2021. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

Os Consultórios na Rua (eCR) são equipes de Atenção Básica (AB) específicas para o atendimento da população em situação de rua (PSR) no Sistema Único de Saúde (SUS). Estas equipes foram criadas em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica. Atualmente, há 171 eCR atuando no território nacional, com aproximadamente 1.500 profissionais. Neste cenário, o conjunto de informações de âmbito nacional sobre o processo de trabalho das eCR é ainda incipiente, sobretudo informações que possam contribuir com a orientação e a organização do processo de trabalho e com os objetivos e a resolutividade esperada da atuação das eCR na AB, além de critérios para o monitoramento e a avaliação da prática destas equipes. Esta tese buscou sistematizar e debater as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação presentes na literatura (2009/2020), no registro das práticas das eCR (2019/2020), e junto aos atores envolvidos (pesquisadores, gestores de eCR, trabalhadores de eCR e usuários – pessoas em situação de rua) (2020). A metodologia adotada para tal seguiu três passos. Inicialmente foi realizada uma revisão documental e na literatura científica sobre estas equipes específicas, a fim de obter um mapeamento sobre os sentidos e os significados conferidos às noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação das eCR. Na sequência, foi analisado um conjunto de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, além de quatro fichas do prontuário eletrônico da AB (e-SUS AB) - fichas de cadastro, atendimento individual, procedimentos e atividade coletiva, para obter um retrato do cenário de implantação das eCR, do perfil profissional das equipes e do mapeamento das práticas das equipes. Por fim, foram realizadas 28 entrevistas com os atores envolvidos diretamente com as práticas das eCR nas cinco regiões do País, para obter a posição e os sentidos e significados dos atores sobre as noções estudadas. A imersão no universo das eCR revelou que ainda é tímida a literatura sobre os objetivos, a resolutividade e os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR. Nos documentos oficiais e na literatura científica, o principal tema foi o acesso (da PSR à AB e ao SUS, ampliando a resolutividade da eCR e reforçando a eCR como equipe de AB nas redes locais). A literatura, as práticas mapeadas no e-SUS AB e as entrevistas apontaram para o aumento de enfermeiros e médicos nas equipes como uma questão a ser analisada, com efeitos na organização do processo de trabalho da equipe. Outras questões levantadas foram a necessidade de construção de um olhar específico para as mulheres em situação de rua e para as pessoas com problemas na relação com álcool e outras drogas. No geral, a sistematização dessas noções provoca reflexões sobre as possibilidades e os limites da atuação da eCR e da AB. As trocas com os campos estudados (literatura, prontuário eletrônico e os atores envolvidos) mostraram que as eCR transitam por muitas fronteiras (as fronteiras das políticas públicas, entre a AB e a Saúde Mental, entre os campos do conhecimento e entre a sociedade civil e as políticas públicas). Por esta característica junto à sua trajetória no SUS, mais do que delimitar fronteiras, as eCR podem ser ponte, provocando e sustentando conexões.

Palavras-chave: Equipes de Consultório na Rua. Práticas em saúde. Práticas de monitoramento e avaliação.

## ABSTRACT

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. **The “Office in the Street” practices: perspectives for field monitoring and evaluation.** 2021. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

Street Offices Teams (eCR) are Primary Health Care (PHC) teams, specific for the care of the homeless population (PSR), in the Unified Health System (SUS). These teams were created in 2011 by the National Primary Care Policy. Currently, we have active 171 eCR in the national territory, with approximately 1,500 professionals. In this scenario, national information about the eCR work process is still incipient, especially those that can contribute to the orientation and organization of the work process, such as the objectives and the expected resolutivity of the eCR's performance in PHC, in addition to criteria for monitoring and evaluating the practice of these teams. This thesis sought to systematize and debate the notions of objective, resolution and monitoring and evaluation criteria from the literature (2009/2020), the registration of eCR practices (2019/2020), and the actors involved (researchers, eCR managers, eCR workers and users - people living on the streets) (2020). The methodology adopted for this followed three steps. Initially, a documental analysis and scientific literature review on these specific teams were carried out, to map the meanings and meaningfulness embedded on the eCR objectives, resolution and monitoring and evaluating criteria. Then, a set of data from the National Register of Health Establishments (CNES, in Portuguese) was analyzed, as well as four forms from the electronic medical record of the AB (e-SUS AB) - registration forms, individual care, procedures and collective activities), to obtain a picture of the eCR implementation scenario, the professional profile of the teams, in addition to the mapping of team practices. Finally, we conducted 28 interviews with the actors directly involved with the eCR practices in five regions of the country to obtain the actors' position and meanings and meaningfulness on the studied notions. Immersion in the eCR universe revealed that the literature on the objectives, resolution and monitoring and evaluation criteria for eCR is still timid. In the official documents and the scientific literature, the central theme was the access (from PSR to AB and SUS, expanding the resoluteness of eCR and reinforcing eCR as a PHC team in local networks). The literature, the practices mapped in e-SUS AB and the interviews pointed to the increase of nurses and doctors in the teams as an issue to be analyzed, with effects on the team's work process. Other issues raised were the need to have a specific approach for women on the street and people with alcohol and other drugs problems. In general, the systematization of these notions provoked reflections on the possibilities and limits of eCR and AB activities. Exchanges with the fields studied (literature, electronic medical records and the actors involved) showed that eCRs travel across many borders (the boundaries of public policies, PHC and Mental Health, between fields of knowledge, between civil society and public policies). Due to this characteristic and its trajectory in SUS, eCR can be a bridge, provoking and sustaining connections more than delimiting borders.

Keywords: Street Office Teams. Health practices. Monitoring and evaluation practices.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Mapa metodológico.....	26
Ilustração 2 – Representação gráfica do percurso e dos resultados da revisão integrativa de literatura.....	69
Ilustração 3 – Número de Consultórios na Rua, por modalidade específica e ano. ....	87
Ilustração 4 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR, 2012.....	88
Ilustração 5 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR, 2020.....	88
Ilustração 6 - Fichas do e-SUS AB, com a identificação das informações, destacadas por ficha.. ....	91
Ilustração 7 - População cadastrada no e-SUS por gênero e região do Brasil, junho de 2020.	93
Ilustração 8 – Percentual (%) de usuários cadastrados no e-SUS AB, por faixa etária e região do Brasil, junho de 2020.....	94
Ilustração 9 - Percentual (%) da população cadastrada no e-SUS AB por gênero e região do Brasil, junho de 2020.....	95
Ilustração 10 - Percentual (%) da população cadastrada no e-SUS por capital, considerando a totalidade do Brasil, junho de 2020. ....	96
Ilustração 11- Percentual (%) de local de atendimentos por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020. ....	97
Ilustração 12 - Percentual (%) de tipo de atendimento por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020. ....	100
Ilustração 13 - Percentual (%) de condição avaliada no atendimento por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020. ....	104
Ilustração 14 - Percentual (%) de encaminhamentos realizados, por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020. ....	109
Ilustração 15 - Percentual (%) da população vacinada por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020. ....	112
Ilustração 16 – Procedimentos realizados pelas eCR, por valor absoluto e percentual (%), entre 07/2019 e 06/2020. ....	113
Ilustração 17 – Percentual (%) de reuniões das eCR por tipo de reunião e região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020. ....	115
Ilustração 18 - Percentual (%) de reuniões das eCR por tipo de reunião e tema, entre 07/2019 e 06/2020. ....	118

Ilustração 19 – Percentual (%) de atividades coletivas por tipo de atividade e público-alvo. Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.....	128
Ilustração 20 – Distribuição dos entrevistados (28), por número de participantes, categorias profissionais e estados de origem. ....	134
Ilustração 21 – Representação gráfica do percurso metodológico realizado para a análise das entrevistas com os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários. ....	137
Ilustração 22– Noções sobre os objetivos da eCR na perspectiva dos entrevistados. ....	140
Ilustração 23 – Noções sobre a resolutividade das eCR na perspectiva dos entrevistados. ...	155
Ilustração 24 – Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR na perspectiva dos entrevistados.. ....	183
Ilustração 25 - Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos pesquisadores.....	201
Ilustração 26- Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos gestores. ....	203
Ilustração 27 - Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos trabalhadores.....	204
Ilustração 28 - Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos usuários.....	205
Ilustração 29 – Síntese das noções de critérios de monitoramento e avaliação nas perspectivas de todos os grupos de entrevistados, estratificados em marcadores internos e externos.....	207
Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua.....	235

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Álcool e Outras Drogas
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
eCR	equipe do Consultório na Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Esb	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipes de Saúde da Família
e-SUS AB	e- SUS Atenção Básica
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
IMS	Instituto de Medicina Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Estatística Aplicada
IST	Infecções Sexuais Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MNPR	Movimento Nacional de População em Situação de Rua
MNPSR	Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção. Básica

PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UnB	Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
2	<b>DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....</b>	25
2.1	<b>Objetivo 1 – Mapear as noções de objetivo e resolutividade dos Consultórios na Rua.....</b>	27
2.1.1	<u>Revisão integrativa da literatura técnico-normativa (documentos oficiais) e científica.....</u>	27
2.2	<b>Objetivo 2 - O processo de implantação e as práticas dos Consultórios na Rua.....</b>	28
2.2.1	<u>Análise das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes aos Consultórios na Rua.....</u>	28
2.2.2	<u>Análise dos dados do e-SUS AB das eCR 2019/2020 (as práticas registradas das equipes).....</u>	29
2.3	<b>Objetivos 3 e 4 – O cenário das práticas dos Consultórios na Rua na perspectiva dos atores do campo.....</b>	30
2.3.1	<u>Levantamento, discussão e sistematização da perspectiva dos entrevistados sobre as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação.....</u>	31
2.3.2	<u>Proposição de critérios de monitoramento e avaliação que possam contribuir para a organização do processo de trabalho das eCR.....</u>	35
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....</b>	36
3.1	<b>Objetivos da AB.....</b>	39
3.2	<b>Resolutividade na AB.....</b>	42
3.3	<b>Redução de Danos na AB.....</b>	45
3.4	<b>Monitoramento, avaliação, critérios avaliativos e indicadores na AB.....</b>	48
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	60
4.1	A revisão de literatura sobre os Consultórios na Rua: os cenários técnico-normativo e acadêmico-científico para a composição do campo de análises.....	60
4.1.1	<u>Revisão da literatura técnico-normativa (documentos e manuais oficiais).....</u>	60
4.1.1.1	Revisão dos documentos oficiais.....	61
4.1.2	<u>Revisão da literatura científica.....</u>	67
4.1.2.1	Sobre os objetivos dos Consultórios na Rua.....	70

4.1.2.2	Sobre a resolutividade do Consultório na Rua.....	75
4.1.2.3	Sobre os critérios de monitoramento e avaliação.....	83
4.2	<b>Análise do cenário nacional dos Consultórios na Rua: processo de implantação e principais práticas registradas no prontuário eletrônico e-SUS AB (SISAB).....</b>	<b>86</b>
4.2.1	<u>O cenário de implantação dos Consultórios na Rua no Brasil.....</u>	86
4.2.2	<u>Modalidades e categorias profissionais.....</u>	87
4.2.3	<u>As práticas dos Consultórios na Rua na perspectiva dos registros das equipes no prontuário eletrônico e-SUS AB (SISAB).....</u>	91
4.2.3.1	Análise dos itens da Ficha de Cadastro Individual (período: 7/19 a 6/20).....	92
4.2.3.2	Análise da Ficha de Procedimentos (período: 6/19 a 7/20).....	113
4.2.3.3	Análise da Ficha de Atividade Coletiva (período: 6/19 a 7/20) – Parte 1 da Ficha de Atividade Coletiva.....	114
4.2.3.4	Análise dos itens da Ficha de Atividade Coletiva (período: 7/19 a 6/20) - Parte 2 da Ficha de Atividade Coletiva.....	127
4.3	<b>As entrevistas com os pesquisadores, gestores de eCR, trabalhadores de eCR e usuários (PSR).....</b>	<b>132</b>
4.3.1	Com a palavra os entrevistados - noções de objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação através das práticas das eCR.....	138
4.3.1.1	Noções sobre os objetivos da eCR na perspectiva dos entrevistados.....	138
4.3.1.2	Noções sobre a resolutividade da eCR na perspectiva dos entrevistados.....	154
4.3.1.3	Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação das eCR na perspectiva dos entrevistados.....	182
4.3.1.3.1	A síntese das noções de critérios de monitoramento e avaliação.....	205
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>210</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>216</b>
	<b>APÊNDICE A - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua.....</b>	<b>235</b>
	<b>APÊNDICE B - Instrumento orientador para as entrevistas com os acadêmicos/pesquisadores, gestores e trabalhadores de eCR e usuários (pessoas em situação de rua).....</b>	<b>258</b>

## INTRODUÇÃO

Atualmente, há 220.000 pessoas no Brasil, aproximadamente, em situação de rua, segundo dados do Instituto de Pesquisas Estatísticas Aplicadas (IPEA, 2020). A população em situação de rua (PSR) tem exigido dos governos, nos últimos anos, políticas públicas específicas e serviços direcionados ao atendimento de suas demandas e necessidades. Em 2008, a Pesquisa Nacional sobre PSR, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), já havia colocado a questão da PSR em evidência para a sociedade e para o governo brasileiro (BRASIL, 2009a), fornecendo subsídios para a formulação das políticas públicas implantadas a partir da primeira década dos anos 2000 (LOPES, 2014).

No ano de 2009, a partir da pesquisa do MDS, foi instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR) (BRASIL, 2009b). A PNPR aponta a garantia de acesso desta população específica aos serviços e às políticas públicas como cerne, em especial as do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2009b). À época, de acordo com os dados apresentados pela PNPR, foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas 71 cidades pesquisadas (BRASIL, 2009a).

A Pesquisa Nacional sobre PSR, realizada pelo MDS, em 2008, contribuiu para a desmistificação de alguns pontos sobre a PSR e na complexificação do fenômeno da situação de rua no Brasil. O conjunto de dados e informações apresentados e suas articulações ilustram como é difícil responder de maneira simplória as diversas questões que se apresentam às pessoas em situação de rua, assim como aos trabalhadores e aos serviços envolvidos. Por exemplo, ao se investigar o motivo de ida para as ruas, drogas, desavenças familiares e desemprego (em torno de 30% para cada uma destas questões) se misturam de modo a impossibilitar que seja apresentada uma causa específica como a principal para que a pessoa esteja nas ruas (MACHADO, 2017a).

Na sequência da Pesquisa Nacional sobre PSR, em 2009, foi criada a Política Nacional para População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), a partir da intensa participação dos movimentos sociais ligados à PSR. Neste cenário, cabe destacar o Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR) em constante luta para situar as ofertas à PSR no campo das políticas públicas e não mais vistas como mero assistencialismo (LOPES, 2014), colocando a garantia de políticas públicas para esta população no centro do debate e nos campos da saúde e da assistência social (MACHADO, 2017a).

No campo da atenção à saúde, a experiência de Salvador, Bahia, em 1999, foi pioneira ao propor um projeto que objetivasse conhecer as pessoas (em especial as crianças e os adolescentes) com problemas na relação com álcool e outras drogas ou em condições de grande vulnerabilização que não chegavam aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a), tornando-se uma das referências para este tipo de ação em saúde em 2010. O professor Antônio Nery Filho, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), propôs uma equipe itinerante do CETAD para trabalhar nas regiões da cidade de Salvador com maior concentração de crianças e adolescentes em situação de rua (BRASIL, 2010). A proposta foi denominada como Consultórios de Rua (CR) da Bahia e estas equipes atuaram entre 1999 e 2006 (BRASIL, 2010; MACHADO, 2017a).

Legitimando a experiência exitosa do CETAD/UFBA, o Ministério da Saúde, em 2009, instituiu o Consultório de Rua como uma das propostas para o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010; MACHADO, 2017a). Entretanto, a atuação dos CR, com foco nas questões referentes ao cuidado ao álcool e outras drogas, confrontou-se com a pauta de reivindicação do MNPR, que solicitava que a PSR fosse acompanhada para além das questões provenientes do uso de álcool e outras drogas, do sofrimento ou do transtorno psíquico (MACHADO, 2017a).

Motivada pelo reconhecimento das dificuldades de acesso da PSR à Atenção Básica (AB), por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), o município de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2002, implantou as primeiras eSF para a População Sem Domicílio. Esse serviço de saúde passou a ser referência para a PSR no Centro da cidade (REIS JUNIOR, 2011; MACHADO, 2017a). No mesmo ano, o município de São Paulo criou as eSF para a PSR. Mais tarde, em 2010, os municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba também implantaram suas primeiras eSF para a PSR (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017a).

Com base nesse conjunto de iniciativas e por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, são criadas as equipes de Consultórios na Rua (eCR) (BRASIL, 2011b), que passam a ser a principal estratégia de cuidado integral junto à PSR. As eCR são equipes multiprofissionais que oferecem atenção integral à PSR diretamente nas ruas, bem como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais estão lotadas. São equipes que lidam com a ampla gama de problemas e necessidades de saúde da PSR por meio de ações desenvolvidas de modo compartilhado e integrado com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do território, em consonância com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017a). O rol de atividades e ofertas em saúde destas equipes é o mesmo das demais equipes de AB, orientadas pela PNAB (BRASIL, 2017a), ressaltando que há ênfase na busca ativa de usuários de álcool e outras drogas pela prevalência de casos,

sendo oportuno destacar a lógica da Redução de Danos (RD) neste contexto. Todavia, cabe lembrar que esta é uma orientação ética para a AB de um modo geral, não cabendo aqui leituras reducionistas que coloquem a RD referente somente às questões relacionadas ao álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b; MACHADO, 2017a). As eCR são também um dos componentes da AB na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As equipes têm carga horária mínima de 30 horas semanais e o horário de funcionamento pode ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana (BRASIL, 2012b). Ademais, as eCR seguem os atributos da AB, como: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011b).

Cada Consultório na Rua é responsável por uma população de no mínimo 80 e no máximo 1.000 pessoas em situação de rua. Em municípios onde a população em situação de rua for menor do que 80 pessoas, o cuidado integral é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal (eSB) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) do território (BRASIL, 2011b).

Os Consultórios na Rua podem ser compostos e implantados em três tipos de modalidade: a) Modalidade I: equipe composta por quatro profissionais, dentre os quais dois deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. Os outros dois profissionais para a composição da equipe podem ser, além dos já citados, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação; b) Modalidade II: equipe composta por seis profissionais, dentre os quais três deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Os demais profissionais para a composição da equipe podem ser, além destes citados, os mesmos descritos na Modalidade I e; c) Modalidade III: equipe composta pelo mesmo número e profissões possíveis na Modalidade II e adicionada de um profissional médico (BRASIL, 2014a).

Desde o início de seu processo de implantação, em 2012, até 2020, o crescimento do número de Consultórios na Rua no Brasil foi de, aproximadamente, 264% (BRASIL, 2020), denotando a importância destas equipes no SUS. Dados como estes, somados ao aumento expressivo da PSR no País entre 2008 e 2020 (como apresentado inicialmente, e sem considerar os efeitos da pandemia da COVID-19, que assolou o planeta em 2020/2021), apontam para a relevância da temática na contemporaneidade e da pertinência de estudos que possam se debruçar sobre a avaliação desta política pública, posto que já se passaram 10 anos desde a criação das eCR. Além disso, o estudo em questão pode agregar dados para a

compreensão das dificuldades e potencialidades encontradas no processo de implementação das ações e na qualificação das práticas e do processo de trabalho das eCR.

Ao realizar uma revisão exploratória (documental e científica) ficou clara a incipiência de alguns temas centrais para a organização de uma política pública e também para o processo de trabalho dos Consultórios na Rua, entre eles os temas dos objetivos da equipe, da resolutividade estabelecida/esperada para a mesma e dos critérios de monitoramento e avaliação que possam orientar as práticas avaliativas destas equipes.

A aproximação mais detalhada quanto aos objetivos das eCR nos documentos oficiais evidencia que as eCR têm a sua principal tarefa na vinculação com as pessoas em vulnerabilidade social e na promoção da circulação da PSR pelos demais serviços da rede (BRASIL, 2010; 2011a; 2011b; 2012b; 2012c; 2017a), assumindo a equipe como um elemento de conexão entre o mundo da rua e a rede de serviços, focando também em questões do campo da saúde mental, fundamentalmente em relação aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010; 2011a). Neste sentido, o elemento central da proposta é a questão do acesso. Essa leitura, provavelmente, se constituiu como um traço das equipes que migraram de Consultório de Rua (Saúde Mental) para os Consultórios na Rua (AB), trazendo para o atual momento destas equipes um ponto de tensão, pois na perspectiva da atenção integral não só o acesso será componente privilegiado no processo de trabalho da eCR, mas também a territorialidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, o ordenamento da rede, a resolutividade, entre vários outros atributos da AB (MACHADO, 2017a).

Considerando o parâmetro de resolutividade em torno de 85% para os problemas de saúde que chegam na AB e dado o conjunto de agravos específicos, suas interações e as graves condições de vulnerabilização às quais a PSR está exposta (STARFIELD, 2002, mendes, 2002; BRASIL, 2017a), essa expectativa será difícil de ser alcançada pelo Consultório na Rua (MACHADO, 2017b). Nos parâmetros internacionais, estes 85% de resolutividade esperado para a AB parecem ser, no mínimo, uma boa “provocação” para as eCR, já que as três modalidades de equipe podem ter composições muito distintas, tanto pelo número de profissionais quanto pela presença do profissional médico, bem como pelo tamanho da cidade onde estão implantadas. Tais aspectos podem ter interferência significativa no modelo de atenção ofertado, na rede local e na resolutividade da equipe, merecendo maior investigação.

A análise inicial da literatura científica indica que o vínculo, o acesso, a articulação e o tensionamento da rede são os objetivos mais presentes na atuação da eCR, havendo nessa

relação com a rede destaque para a oferta de articulação entre os serviços nas áreas de assistência social e saúde, com destaque para a rede de saúde mental, fundamentalmente em relação aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas. Essa perspectiva de interpretação coloca questões em um plano secundário, como: a resolutividade da própria eCR diante das demandas da PSR; seus limites e possibilidades em relação à totalidade dos agravos que acometem a PSR (como hipertensão, diabetes, feridas, úlceras, doenças de pele e outras); e a construção de relação com a rede local pautada pelo compartilhamento do cuidado, mais do que pelo encaminhamento dos casos. Este cenário coloca a questão da resolutividade do CR, suas possibilidades e limites no centro do debate, não delimitando estas equipes a questões referentes ao acesso da PSR ao SUS (MACHADO, 2017b). Enfim, questões que podem ser centrais para a solidificação desta política pública parecem ainda estar fora do campo de debates estabelecido na atualidade destas equipes.

Neste momento convém apresentar algumas questões relativas ao cenário de implantação dos Consultórios na Rua e sua qualificação como política pública, os efeitos da transição dos Consultórios de Rua para os Consultórios na Rua e as reflexões desenvolvidas em duas pesquisas de mestrado (MACHADO, 2017a; 2017b), realizadas pelo autor desta tese (entre os anos de 2015 e 2017), investigando as competências para a formação de um trabalhador para a eCR (estudo nacional, com participação de trabalhadores e gestores de eCR) e as práticas das equipes (estudo no Distrito Federal com gestores e trabalhadores de eCR). Os achados das duas pesquisas mostram um deslocamento de um processo de trabalho orientado pelo campo da Saúde Mental para um orientado pelo campo da AB.

Com o intuito de contextualizar momentos importantes do processo de implantação dos Consultórios na Rua, a seguir serão apresentados alguns pontos e efeitos do processo de transição da oferta de uma equipe nacionalmente fomentada no campo da Saúde Mental para o da AB. Neste sentido, a experiência iniciada em 1999, em Salvador, Bahia, merece destaque como proposta para lidar com as populações mais vulnerabilizadas no campo da saúde (BRASIL, 2011a; MACHADO, 2017a). Naquele momento, partindo da constatação das diversas vulnerabilidades experimentadas pelas crianças e adolescentes em situação de rua e de sua exposição aos mais diferentes riscos e, sobretudo, da inadequação dos serviços de saúde em oferecer acesso a esta população, o prof. Antônio Nery Filho, do CETAD/UFBA, propôs que a equipe do CETAD passasse a realizar suas atividades em regiões da cidade de Salvador, aonde a concentração dessa população e os riscos sociais, físicos e psicológicos eram maiores. Deste modo, surgiram as primeiras equipes de Consultório de Rua da Bahia. Este trabalho aconteceu entre os anos de 1999 e 2006 (BRASIL, 2011a; MACHADO, 2017a).

Em 2009, tendo esta experiência como inspiração, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS (BRASIL, 2009b) e o Material de Trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS do Ministério da Saúde/EPSJV-Fiocruz (BRASIL, 2010).

No ano de 2010 foi aberta uma chamada pública para a seleção de projetos de Consultórios de Rua pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esta chamada contemplou 92 CR nacionalmente. Os projetos aprovados receberam como incentivo duas parcelas no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), que deveriam ser executadas no período de um ano (II chamada para seleção de projetos de Consultórios de Rua e RD - PCR-II), nos termos da Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005 (BRASIL, 2005). Cabe frisar que este formato de financiamento, na modalidade de projeto (com início, meio e fim), apresenta limites importantes como estratégia de sustentabilidade de serviços para o SUS.

No mesmo período, concomitante às primeiras experiências com os CR e reconhecendo as limitações das eSF para oferecer acesso e atender a PSR na AB, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 2002, implantou a primeira eSF para atender esta população específica, passando a ser a equipe de saúde de referência para essa população (REIS JUNIOR, 2011; MACHADO, 2017a). Com um histórico semelhante ao de Belo Horizonte, o município de São Paulo implantou eSF para a PSR (CANÔNICO, 2007) e, em 2010, os municípios de Porto Alegre, Curitiba e Rio de Janeiro também instituíram equipes específicas para atender a PSR (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017a).

Em 2011, ainda existiam os CR integrantes da Política Nacional de Saúde Mental em diversos municípios brasileiros. Porém, a PSR já demandava, nos espaços de debate público do SUS, que o cuidado ofertado não fosse apenas pelas questões provenientes do uso de álcool e outras drogas, do sofrimento ou do transtorno psíquico (BRASIL, 2009b; MACHADO, 2017a). Este foi um ponto importante no processo de transição dos Consultórios de Rua para os Consultórios na Rua. O Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (MNPSR), que a partir de 2003 (1º Governo do Partido dos Trabalhadores – Governo Lula) passa a ter encontros sistemáticos com o Poder Executivo (Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Casa Civil da Presidência da República), culmina com a publicação da Política Nacional para População em Situação de Rua (2009). Com isso, o MNPR passa a pressionar mais fortemente o Governo para que as ofertas de saúde não fossem focadas em questões de saúde mental, mas sim em atenção integral ofertada na AB. Pelo fato de a AB ser

porta de entrada preferencial do sistema de saúde e também pela capilaridade dos seus serviços, fica facilitado o acesso da PSR ao SUS, além de contribuir para a coordenação e a continuidade do cuidado, tendo em vista que estas são tarefas centrais da AB (LOPES, 2014; MACHADO, 2017a).

Em 2011, a partir das análises das ações dos CR acrescidas das experiências municipais já mencionadas de atendimento à PSR oferecido na AB, somado ao pleito do MNPSR, foram instituídas na PNAB as eCR como estratégia de cuidado integral às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011b). Tais equipes, referendadas pelas Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, têm como objetivo lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos CAPS, dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos de atenção à saúde e da rede do território, de acordo com a necessidade do usuário. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o SUS conta, atualmente, com 171 eCR no Brasil (BRASIL, 2020a).

Na atualidade, as eCR têm de lidar com uma demanda de atuar de forma cada vez mais resolutiva e com a organização de um complexo processo de trabalho, funcionando em rede. Essa dinâmica se insere em um processo histórico que ainda recebe os efeitos do processo de transição das equipes de Consultório de Rua (inseridas no campo e nas práticas da Saúde Mental) que se transformaram em Consultórios na Rua (atuando com as diretrizes da AB) e que afetam diretamente as noções centrais para orientar a organização do processo de trabalho destas equipes (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017a).

Como exposto, as experiências de trabalho de equipes específicas para o atendimento em saúde à PSR no Brasil aconteceram em dois campos que, apesar de seguirem os mesmos princípios e diretrizes do SUS, têm lógicas de funcionamento, objetivos e práticas distintas. Esta distinção se apresenta claramente nos objetivos, assumindo que na Saúde Mental os CR disponibilizavam recursos para os cuidados de saúde aos usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade, na tentativa de oportunizar atendimentos para estas demandas específicas e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde (BRASIL, 2010; MACHADO, 2017a). Como diretriz desta vertente, há o Guia do Projeto Consultório de Rua e o Material de Trabalho da II Oficina Nacional dos Consultórios de Rua, propondo que este serviço atue em especial para os riscos associados ao uso de álcool e outras drogas, além dos riscos relacionados ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010). Isso evidencia o foco em pessoas com questões referentes ao uso de álcool e outras drogas, em situação de alta vulnerabilidade, especialmente crianças e adolescentes,

instituindo como função essencial da equipe a atuação como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde, possibilitando sua inserção na rede (BRASIL, 2009b; MACHADO, 2017a). Essa perspectiva de trabalho possibilitou a formação de trabalhadores e gestões, reforçando o imaginário que associa a PSR às questões com álcool e outras drogas.

Por sua vez, os objetivos dos Consultórios na Rua, expressos na PNAB (BRASIL, 2011b; 2012a; 2017a), estabelecem como responsabilidade articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011b; 2012a). Assim como qualquer outra equipe de AB, o Consultório na Rua deve se caracterizar por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017a).

O processo de transição dos Consultórios de Rua (Saúde Mental) para Consultórios na Rua (AB), descrito nos parágrafos anteriores e celebrado pela PNAB em 2011 e 2017, ainda traz efeitos para os trabalhadores e para o processo de trabalho, tornando-se elemento importante para a definição dos objetivos e da resolutividade destas equipes, assim como para pensar critérios de monitoramento e avaliação para as eCR, objetivando subsidiar as práticas avaliativas das equipes.

Em relação às duas pesquisas realizadas pelo autor desta tese, entre 2015 e 2017, inicialmente é importante considerar que os dois estudos apontaram a reduzida produção de conhecimento que, ao menos no período pesquisado (até 2017), tem se dedicado à descrição das características da PSR, aos modos de viver nas ruas, à exemplificação da experiência das equipes (Consultório de Rua e Consultórios na Rua) com foco no cuidado a usuários de álcool e outras drogas (MACHADO, 2017a; 2017b). Há, portanto, uma carência de investigações sobre o perfil dos trabalhadores, o processo de trabalho das equipes, a resolutividade das eCR e a formação profissional neste contexto de atuação, que possibilitem maior sustentabilidade desta política pública com a qualidade necessária para atender as demandas e necessidades da PSR.

Analisando os achados da pesquisa realizada com os Consultórios na Rua em âmbito nacional, investigando quais os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessários para trabalhar nestas equipes na opinião de gestores e trabalhadores de 20 eCR (das cinco regiões do Brasil), os dados revelaram um demasiado “prestígio” para as questões clínicas referentes aos atendimentos aos usuários (MACHADO; RABELLO, 2018). Essa percepção dos sujeitos pesquisados coloca em um plano de menor destaque o tema da organização do processo de

trabalho e do trabalho em rede, pontos que precisariam ocupar mais destaque na agenda das equipes, sob pena de organizar todo um imaginário de que a clínica está descolada da gestão e da organização do processo de trabalho, além do trabalho articulado em rede. Organização e articulação que podem, inclusive, contribuir para reposicionar as ações e as ofertas clínicas, o que poderia recolocar os próprios propósitos da clínica praticada pelas eCR (MACHADO, 2017a).

Os informantes da pesquisa que investigou as competências necessárias para executar o trabalho na eCR elencaram 30 conhecimentos, habilidades e atitudes como essenciais para que o trabalho seja realizado da melhor forma, segundo sua própria perspectiva. Além dos 30 elementos, havia mais outros 48 conhecimentos, habilidades e atitudes na lista geral e que não foram considerados, por eles, essenciais. Dentre os conhecimentos que figuraram entre os 48 menos relevantes na avaliação dos informantes/*experts* estão: “informações sobre o trabalho multi e interdisciplinar” de um modo geral, que é a aposta da PNAB (2011 e 2017), para potencializar o trabalho territorializado e em equipe multidisciplinar, na perspectiva de ampliar o acesso e as ofertas de cuidado; e “conhecimento sobre a sistematização do processo de trabalho em saúde”, sugerindo haver aqui uma aposta demasiada no improvisado e, deste modo, possibilitando um processo de trabalho organizado sobre a égide do aleatório, ponto que pode deixar a equipe exposta a um funcionamento sem a construção de sua história com a PSR, com suas próprias ofertas de cuidado e com a rede do território (MACHADO; RABELLO, 2018).

Dentre as habilidades que chamaram a atenção por terem sido preteridas na lista principal dos informantes/*experts* está a de “criar uma rotina de reuniões intersetoriais”, uma atividade que pode contribuir na definição dos limites de resolutividade de cada Consultório na Rua. Na pesquisa foi observado que o processo de trabalho das equipes aparece recorrentemente como um ponto com pouco significado entre os trabalhadores, tendo em vista que “realizar reuniões de equipe” também não constou na lista de prioridades. Tal aspecto se contradiz ao que se espera dos profissionais, uma vez que o trabalho em equipe se configura como uma estratégia central para a produção de horizontes comuns entre os trabalhadores. Do mesmo modo, e ainda mais para o final da lista, estão “planejar as ações da equipe” e “construção de memória institucional”, ambas as habilidades fundamentais para a organização e a continuidade das ações da equipe (MACHADO; RABELLO, 2018).

A pesquisa de mestrado que investigou as práticas das eCR no Distrito Federal apresentou achados que também podem contribuir para a problematização e a justificativa de diversos aspectos que serão abordados por esta tese de doutorado. A apreciação crítica dos

documentos oficiais mostra que estes apresentam a caracterização da PSR, as formas de composição e o financiamento das equipes, elementos gerais para orientar o processo de trabalho, as diretrizes e os métodos gerais de trabalho. Além disso, neles são ressaltadas a garantia do acesso e a articulação entre a rua e os serviços de saúde como objetivos dos Consultórios na Rua, entretanto não constam as expectativas quanto à resolutividade das equipes ou quais critérios de monitoramento e avaliação podem fazer parte do processo de trabalho das equipes.

A análise da literatura científica também indica o vínculo, o acesso e a articulação da rede em si e da PSR com esta rede como os objetivos mais presentes na atuação da eCR. Realizando uma leitura articulada entre o conjunto de documentos oficiais e a literatura científica encontrada até este ponto (2009/2017) fica evidenciado que as eCR têm a garantia do acesso, a articulação e o tensionamento da rede como suas principais tarefas, assumindo a equipe como um elemento de conexão entre o mundo da rua e a rede de serviços, bem como adotam o foco nas questões do campo da saúde mental, fundamentalmente em relação aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas (MACHADO, 2017a).

Uma pesquisa junto às eCR/DF, que investigou as práticas destas equipes, evidenciou agendas importantes para a gestão das eCR. Dentre as agendas apresentadas, a garantia de institucionalidade das eCR surge como uma estratégia de dar visibilidade às questões da PSR e dos trabalhadores, já que estes se consideram como desprestigiados e estigmatizados, assim como a PSR (MACHADO, 2017b). Além disso, garantir processos de institucionalização pode se tornar uma forma de dar maior sustentabilidade a esta política pública. O acesso à rede secundária e terciária do SUS para indocumentados foi outra agenda evidenciada pelo referido estudo (partindo do pressuposto que parte da PSR não possui, ou mesmo não deseja possuir, documentos oficiais do estado brasileiro). A pesquisa no Distrito Federal também ressaltou questões junto aos profissionais das eCR locais e entre as agendas mais significativas propostas estão àquelas alusivas à ampliação da densidade tecnológica nas UBS, recolocando a discussão sobre a resolutividade de outro ponto de vista (MACHADO, 2017b).

O estudo com as eCR/DF ainda discutiu a questão dos critérios de monitoramento e avaliação para as eCR e os resultados apontaram para a necessidade de construção de critérios de avaliação para o processo (número de pessoas cadastradas, atendimentos individuais e em grupos, compartilhamento e encaminhamento de casos, usuários regulados para os demais níveis de atenção, reuniões intra e intersectoriais e outros) e de resultados (número de pessoas aderidas ao tratamento, usuários inseridos na rede, usuários que mudaram a relação com o

álcool e outras drogas e outros) (MACHADO, 2017b). A discussão de critérios de monitoramento e avaliação conecta-se fortemente com a proposta desta pesquisa de doutorado no campo das práticas avaliativas (que será discutida de modo pormenorizado em capítulos posteriores deste trabalho) para estas equipes.

Como observado, o complexo processo histórico de transição das equipes do campo da Saúde Mental para a AB, o “abandono” do processo de trabalho das equipes como objeto de reflexão para trabalhadores e gestores e a pluralidade de questões relacionadas aos objetivos, à resolutividade e à criação de critérios de monitoramento e avaliação para os Consultórios na Rua manifestaram-se por diferentes vias (documentos oficiais, literatura científica, trabalhadores e gestores de eCR), porém sempre deixando hiatos de conhecimento significativos sobre esta política pública.

Neste ponto, avalio ser importante situar o leitor nas motivações e implicações para investigar as questões acima elucidadas, visto que o meu histórico pessoal certamente se inclui como analisador da estratégia e da trajetória neste projeto.

A temática e suas discussões se inserem em minha carreira desde 2008, quando tem início a minha relação com os serviços de base territorial. Neste mesmo ano, começo a trabalhar como psicólogo no CAPS Ruben Corrêa no bairro de Irajá, Rio de Janeiro (RJ), período da expansão da AB no município e, também, da relação deste CAPS com as eSF da região. Mais tarde, em 2010, passo a integrar a equipe do Centro Pop José Saramago (também em Irajá), serviço da rede socioassistencial dedicado à PSR adulta. Esta inserção me proporcionou, em janeiro de 2011, trabalhar concomitantemente na primeira eCR do Rio de Janeiro, na qual agreguei a função de apoiador matricial, em saúde mental, das eSF do Centro da cidade.

Em 2012, fui convidado para compor a equipe do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) para trabalhar na gestão das eCR e dos NASF, no apoio matricial e na relação do DAB com as temáticas de saúde mental. A partir de 2013, passei a acompanhar e a coordenar os processos formativos do Departamento. No rol deste trabalho estão: os Caminhos do Cuidado (2013); o cuidado a questões no campo do álcool e outras drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem (desde 2015); os cursos de aperfeiçoamento em apoio matricial para 6.000 profissionais dos NASF AB e em cuidado integral à PSR para 1.350 profissionais das eCR, ambos em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); o curso para gerentes de UBS, em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), 2016; e o Curso Integra, em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT),

2018, cujo propósito é integrar os processos de trabalho da AB e da Vigilância em Saúde (para 100.000 trabalhadores).

Posterior à trajetória na gestão nacional, em maio de 2019, desliguei-me do Departamento. Todavia, a experiência de mais de sete anos no DAB/MS, diretamente ligado a pautas referentes às eCR, possibilitou um arcabouço para além da teoria no conjunto de questões que estão presentes nesta pesquisa. Ao mesmo tempo, o período no Ministério da Saúde, onde estive ligado de modo orgânico à formulação das políticas públicas ligadas às eCR e à formação de trabalhadores para este campo de atuação, deixou marcas que certamente aparecem neste trabalho. Estas experiências na gestão me motivaram a desenvolver, neste doutoramento, uma pesquisa cujos resultados pudessem pavimentar uma estrada mais segura e sustentável, para que estas equipes possam se valer de bases teórico-conceituais mais sólidas na construção de seu percurso no SUS.

Atualmente, trabalho como professor substituto no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) e como professor convidado na Fiocruz Brasília, no curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas de Saúde e nos programas de residências Multiprofissional em Atenção Básica, Medicina de Família e Comunidade e Gestão de Serviços de Saúde. Além disso, na Fiocruz Brasília, estou ligado ao Núcleo Pesquisa Pop Rua - NuPop, que tem permitido a proximidade e a continuidade dos estudos neste campo, a despeito de não estar mais na gestão.

Das experiências vividas neste longo percurso, a pergunta que guia esta pesquisa se desenha: “quais são os sentidos e significados de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação, presentes no campo, e como eles podem informar e orientar o processo de trabalho das eCR?”. Nesta tese, o objetivo geral é sistematizar e debater as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação, presentes nas práticas dos Consultórios na Rua (eCR). Como objetivos específicos, tem-se:

- a) mapear as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação presentes nos campos técnico-normativo e acadêmico-científico, apontando e problematizando possíveis interseções e afastamentos;
- b) levantar e discutir os dados do CNES sobre as eCR e do prontuário eletrônico da AB (e-SUS AB) sobre as práticas de cuidado das eCR atuantes no País;
- c) compreender os entendimentos das práticas das eCR junto a pesquisadores, gestores, trabalhadores, usuários, mediante as noções de objetivos, resolutividade e de monitoramento e avaliação;

- d) propor critérios de monitoramento e avaliação que possam contribuir para a organização do processo de trabalho dos Consultórios na Rua.

## 2 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Nesta pesquisa foi realizado um estudo quantitativo e qualitativo, triangulando diferentes métodos (análise documental, análise de sistemas de informações e entrevistas), descrevendo e analisando os saberes e práticas das equipes de Consultórios na Rua nas perspectivas das literaturas técnico-normativa (documentos oficiais) e científica, do perfil profissional, do cenário de implantação das eCR e dos registros das atividades destas equipes no prontuário eletrônico e-SUS AB. Junto a isso, a análise dos conteúdos de entrevistas realizadas com atores diretamente envolvidos com o campo de estudos (pesquisadores, gestores e trabalhadores de eCR e usuários – pessoas em situação de rua) permitiu levantar, em todas essas fontes, as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação das práticas das eCR em âmbito nacional. Além disso, baseado nas práticas das eCR atuantes, foram discutidas as possibilidades de critérios de monitoramento e avaliação para estas equipes, analisando limites, desafios e lições aprendidas.

Para atingir os objetivos propostos, esta pesquisa de doutorado desdobrou-se em dois movimentos, não necessariamente lineares ou excludentes entre si: em um deles exploram-se as análises documentais e os trabalhos científicos, promovendo uma análise mais ampla sobre o campo; em um segundo movimento mergulha-se no debate crítico do campo e do objeto de estudo em seu cenário: as práticas das eCR e a problematização do êxito no objetivo das equipes sob a égide do que se chama “resolutividade”. Na sequência, preconiza-se organizar o desenho de critérios para a avaliação do processo de trabalho das equipes, que atenda aos objetivos da AB.

Visando auxiliar a execução do estudo e acompanhar o avanço nos objetivos geral e específicos, foi construído um mapa metodológico, no qual é possível ter uma visão geral de como está sistematizado cada um dos objetivos e delinear as ações e os métodos específicos para cada um deles (Ilustração 1).

Ilustração 1 - Mapa metodológico.

<b>OBJETIVO</b>	<b>AÇÃO</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>OBJETO/SUJEITO</b>	<b>ANÁLISE/OUTPUT</b>
Mapear as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação presentes nos campos técnico-normativo e acadêmico-científico, apontando e problematizando possíveis interseções e afastamentos	Revisão da literatura técnico-normativa (documentos oficiais) e científica	Revisão integrativa	Documentação oficial (leis, portarias, manuais, etc.) Artigos nas bases de dados definidas, no período de 2009-2020	Escopo de noções disseminadas na literatura
Levantar e discutir os dados do CNES sobre as eCR e do prontuário eletrônico da AB (e-SUS AB) sobre as práticas de cuidado das eCR atuantes no País	Levantamento e análise dos perfis profissionais e dos cenários de implantação das eCR, em âmbito nacional (2020)	Coleta de base de dados, mineração, planilhamento e análise quantitativa e qualitativa	Dados do CNES de 2012/2020	Relatório analítico do processo de implantação das eCR
	Levantamento e análise dos dados nacionais das equipes atuantes (2020)	Coleta de base de dados, mineração, planilhamento e análise quantitativa e qualitativa	Dados do prontuário eletrônico e-SUS AB das eCR de 2019/2020	Relatório analítico das práticas de cuidado das eCR
Compreender os entendimentos das práticas das eCR junto a pesquisadores, gestores, trabalhadores, usuários, mediante as noções de objetivos, resolutividade e monitoramento e avaliação	Levantamento, sistematização e discussão da perspectiva dos entrevistados	Entrevistas semiestruturadas	Autores de artigos publicados entre 2011 e 2019; gestores e trabalhadores de eCR; e usuários	Escopo das noções para os entrevistados
Propor critérios de monitoramento e avaliação que possam contribuir para a organização do processo de trabalho das eCR	Discussão e sistematização de propostas de critérios de monitoramento e avaliação que possam contribuir para a organização do processo de trabalho das eCR	Discussão qualitativa dos dados levantados	Resultados da revisão de literatura e das entrevistas com acadêmicos, gestores, trabalhadores e usuários.	Análise crítica e sistematização das noções de critérios de monitoramento e avaliação das eCR

Fonte: O autor, 2021.

A seguir, é apresentada a estrutura metodológica proposta para a pesquisa, na qual são elencados os objetivos e as respectivas ações.

## **2.1 Objetivo 1 - Mapear as noções de objetivo e resolutividade dos Consultórios na Rua**

Este objetivo está relacionado com o mapeamento das noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação, presentes nos campos técnico-normativo (documentos oficiais) e acadêmico-científico. As ações adotadas para atingir este objetivo específico foram:

### 2.1.1 Revisão integrativa da literatura técnico-normativa (documentos oficiais) e científica

A partir da pergunta de pesquisa proposta, foram realizadas uma revisão integrativa dos documentos oficiais que regulamentam e orientam o funcionamento das eCR (políticas, portarias, leis, guias, manuais) e uma revisão de artigos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A revisão de literatura teve caráter descritivo e o recorte temporal dado à pesquisa foi o ano de 2009, por ter sido o período da publicação da portaria que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua, até as publicações do ano de 2020.

A revisão proposta não pretende descrever o perfil, as características da PSR ou mesmo os seus modos de vida, pois o foco deste estudo será o processo de trabalho da eCR como uma equipe de AB, que tem na população atendida uma das dimensões do processo de trabalho. Porém, outros elementos, como os objetivos, a resolutividade, os critérios de monitoramento e avaliação, e outros pontos igualmente importantes para a construção do mesmo serão apontados nesta pesquisa.

Optou-se por utilizar a BVS por contemplar a maior parte das bases de dados científicos nacionais (Comunicação Científica em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Revista Científica, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) - Livros, SciELO - Periódicos, SciELO - Brasil, SciELO - Saúde Pública, SciELO Livros - Fiocruz). Outra opção metodológica para a revisão foi a restrição aos artigos nacionais, posto que o estudo pretendeu interagir com equipes de atuação singular no contexto da AB e da

saúde pública do Brasil. Assim, o interesse maior desta pesquisa foi a compreensão do processo de trabalho destas equipes inseridas na realidade brasileira do SUS<sup>1</sup>.

## **2.2 Objetivo 2 - O processo de implantação e as práticas dos Consultórios na Rua**

Para abordar este objetivo foram realizados dois movimentos/procedimentos. O primeiro refere-se à descrição do cenário nacional sobre como vem sendo constituídos os Consultórios na Rua, considerando o perfil dos profissionais que fazem parte destas equipes e a evolução do processo de implantação das eCR, distribuídos por tipos de modalidades (I, II e III), apresentados nos dados do CNES. O CNES é um sistema de informação oficial para cadastro de informações de todos os estabelecimentos de saúde no Brasil, bem como profissionais e equipes de saúde. Por este motivo, optou-se por também apresentar dados que ilustram as diferentes composições das eCR, de modo a ampliar o escopo de informações para a discussão iniciada pelas informações trazidas pela leitura das portarias oficiais do Ministério da Saúde.

O segundo movimento refere-se à análise dos dados informados pelos Consultórios na Rua sobre o conjunto de atividades realizadas, através do prontuário eletrônico e-SUS AB (em âmbito nacional). Estes dados foram problematizados, quantitativa e qualitativamente, em relação às práticas que acontecem na AB, partindo do pressuposto que as eCR são equipes que atuam neste ponto ou nível de atenção.

### 2.2.1 Análise das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes aos Consultórios na Rua

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

Todos os trabalhadores dos Consultórios na Rua foram apresentados em suas distribuições por categoria profissional e modalidade de equipe (I, II e III), nos anos de 2012

---

<sup>1</sup> No início do tópico 4.1 é apresentado um infográfico que detalha os passos da busca realizada e seus resultados.

(primeiro ano das eCR no CNES) e 2020. As distribuições das categorias profissionais nas modalidades de eCR e a evolução no período (2012 e 2020) foram analisadas.

### 2.2.2 Análise dos dados do e-SUS AB das eCR 2019/2020 (as práticas registradas das equipes)

As equipes de Consultório na Rua, assim como todas as equipes de AB, utilizam para o registro de suas atividades o prontuário eletrônico e-SUS AB. Em 2013, foi instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (BRASIL, 2013a, 2014b, 2015a), que é operacionalizado pela estratégia e-SUS AB, composta por dois *softwares*: o Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2013a).

O PEC é de fato um prontuário eletrônico (funcionando *on* ou *offline*), viabilizando a inserção das informações sobre os usuários durante a consulta, o procedimento ou a visita domiciliar (VALE, 2017). Já a versão CDS faz uso de fichas impressas, quais sejam: cadastro domiciliar, cadastro individual, atendimento individual, procedimentos, visita domiciliar, atividade coletiva, marcadores de consumo alimentar e atendimento odontológico. Tais fichas são preenchidas pelos profissionais após as consultas e enviadas para a digitação (VALE, 2017). Os Consultórios na Rua só utilizam o CDS por conta da dificuldade em realizar as consultas no interior das UBS (BRASIL, 2015b).

As fichas do e-SUS que foram analisadas neste estudo são: cadastro individual, atendimento individual, atividade coletiva e procedimentos (BRASIL, 2014b; 2015b). As fichas de cadastro domiciliar, atendimento odontológico e marcadores de consumo alimentar não foram analisados por conta da dificuldade de registro junto à PSR.

Para a construção desta etapa do estudo foram analisadas as informações dos Consultórios na Rua inseridas no e-SUS (CDS), no período de julho de 2019 a junho de 2020, entre elas as listadas abaixo:

- a) atendimento individual (sexo, local de atendimento, entre outras);
- b) tipo de atendimento: escuta inicial/orientação, consulta no dia, atendimento de urgência e consulta agendada;
- c) problema/condição avaliada: asma, desnutrição, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, pré-natal, puericultura, puerpério até 42 dias, saúde sexual e reprodutiva, tabagismo, usuário de álcool, usuário de

- outras drogas, saúde mental, tuberculose, hanseníase, dengue, infecções sexualmente transmissíveis, rastreamento de câncer do colo do útero;
- d) encaminhamentos: interno no dia, para o serviço especializado, para o CAPS e para a internação hospitalar;
- e) procedimentos: teste rápido - gravidez, HIV, Hepatite C e Sífilis; e total no período - aferição de pressão arterial, coleta de material para exame laboratorial e glicemia capilar;
- f) atividades coletivas;
- g) verificação da situação vacinal (BRASIL, 2014e; 2015b).

Foram também analisadas e sistematizadas as informações das equipes das cinco regiões do Brasil: Centro-Oeste (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal), Nordeste (Bahia, Sergipe, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí e Maranhão), Norte (Tocantins, Acre, Pará, Rondônia, Roraima, Amapá e Amazonas), Sudeste (Espírito Santo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo) e Sul (Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná).

As ações dos Consultórios na Rua, analisadas e sistematizadas através das informações do prontuário eletrônico e-SUS, foram discutidas por dois vieses: inicialmente será a análise estatística (percentual de cada um dos itens supracitados) e sua relação com o cuidado e a atenção na AB. O programa utilizado para a análise estatística foi o *software* Microsoft Excel 2010<sup>2</sup>.

### **2.3 Objetivos 3 e 4 – O cenário das práticas dos Consultórios na Rua na perspectiva dos atores do campo**

Para trabalhar este objetivo específico foram realizadas 28 entrevistas, em âmbito nacional. Os entrevistados foram nove pesquisadores (Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Goiás), cinco gestores de equipes de Consultório na Rua (Alagoas, São Paulo, Goiás, Amapá e Rio de Janeiro), sete trabalhadores de eCR (Pará, Rondônia, Alagoas, Paraná, São Paulo, Santa Catarina e Goiás) e sete usuários – pessoas em situação de rua (Pará, Alagoas, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Goiás).

---

<sup>2</sup> No início do tópico 4.2 é apresentado um infográfico, retomando o percurso metodológico realizado, para esta parte do estudo.

### 2.3.1 Levantamento, discussão e sistematização da perspectiva dos entrevistados sobre as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação

Com o intuito de discutir os múltiplos entendimentos sobre as práticas das eCR com os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários e perpassando os temas centrais deste estudo (objetivos, resolutividade, critérios de monitoramento e avaliação referidos ao processo de trabalho dos Consultórios na Rua), foram realizadas entrevistas semiestruturadas com acadêmicos que têm produzido/publicado sobre este tema entre os anos de 2011 e 2019.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem a característica de trazer as questões centrais sob as quais estão apoiadas as teorias e os temas referentes à pesquisa. As questões oferecem a possibilidade de novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados. O investigador é quem estabelece o foco principal na condução da entrevista. O referido autor acredita, ainda, que a entrevista semiestruturada beneficia a descrição dos fenômenos sociais, além de manter o pesquisador mais conectado e atuante no processo de coleta de dados (TRIVIÑOS, 1987).

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

Ambos os autores se assemelham no que se refere à necessidade de perguntas centrais e elementares para chegar ao objetivo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987; MANZINI, 1990). Assim, o roteiro tem a função de coletar as informações básicas, além de ser uma forma do pesquisador se organizar para o processo de interação com o entrevistado (MANZINI, 1990).

Triviños (1987) aponta quatro tipos de perguntas:

- a) perguntas de consequências: “o que pode significar para você ou para um coletivo tal fato ou questão?”;
- b) perguntas avaliativas: “como você julga tal fato ou questão?”;
- c) questões hipotéticas: “se você observasse tal fato ou questão, como seria o seu posicionamento?”;
- d) perguntas categoriais: “se você observasse tal fato ou questão, como e em quantos grupos poderíamos classificá-los?”.

Mesmo apontando os referidos tipos de perguntas ou categorias, Triviños (1987) alerta que tais tipos não devem servir de entraves para a pesquisa, mas sim propiciar mais elementos

e perspectivas para uma ampla análise e interpretação do conteúdo das entrevistas. Baseados na proposta de Triviños, nesta pesquisa, as perguntas de consequência e as questões hipotéticas foram as mais trabalhadas nas entrevistas. Porém, algumas questões norteadoras das entrevistas tiveram caráter de perguntas avaliativas e as categoriais, ampliando o campo para que múltiplos sentidos e significados pudessem emergir.

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

Os critérios de inclusão para participar das entrevistas foram:

- a) pesquisadores/acadêmicos: a) ter publicado no período entre 2011 e 2019 sobre os Consultórios na Rua e b) possuir publicações com Qualis B3 ou superior;
- b) gestores: ser ou ter sido gestor(a) de equipe de Consultório na Rua, em âmbito municipal e/ou estadual, no período entre 2012 e 2019;
- c) trabalhadores: ser ou ter sido trabalhador(a) de equipe de Consultório na Rua, em qualquer categoria profissional, no período entre 2012 e 2019;
- d) usuário: ter estado em situação de rua, no período entre 2012 e 2019, ter sido atendido e/ou acompanhado pelo Consultório na Rua e ser indicado pelo Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR).

Os critérios de exclusão foram: não cumprir os requisitos de inclusão ou não aceitar o convite de participação.

Os convites para as entrevistas foram realizados no mês de março de 2020 e as entrevistas aconteceram no mês de abril do mesmo ano. As entrevistas aconteceram por meio eletrônico, via Skype, ferramenta de comunicação *online*, acontecendo com os recursos de vídeo e áudio. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Cada entrevista teve duração de aproximadamente uma hora e vinte minutos.

Para a análise das entrevistas este estudo buscou e adotou inspiração em dois referenciais: na técnica da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2009) e no estudo de Kantorski e colaboradores (2011).

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo caracteriza-se como um conjunto de técnicas de investigação que, progressivamente, por meio de descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, interpreta o conteúdo comunicado.

Os sentidos e significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos durante as entrevistas foram o material da análise de conteúdo, pois esta seria, segundo Minayo (2007), a metodologia de análise que melhor atende a investigação qualitativa em saúde, uma vez que está centrada na noção de tema. Os temas são as unidades de significação, o objeto a ser analisado no texto produzido pelos enunciados dos sujeitos de pesquisa, enunciados que posteriormente foram analisados a partir do referencial teórico proposto para a sustentação desta leitura (BARDIN, 2009).

Neste sentido, analisar o conteúdo significa aclarar os núcleos de sentidos presentes num determinado enunciado, possibilitando que a presença ou a frequência destes núcleos apresentem a multiplicidade de sentidos e significados para o objetivo analítico da pesquisa (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo, como proposta por Laurence Bardin, está dividida em três etapas:

- a) pré-análise (organização e sistematização das ideias iniciais trazidas pelos sujeitos);
- b) exploração do material (análise sistemática do texto em função das categorias/unidades de análise formadas anteriormente);
- c) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (as categorias/unidades de análise escolhidas foram sistematicamente organizadas quantitativa e qualitativamente, de modo a ressaltar as informações obtidas).

Para apresentar a força de alguns temas nas falas dos entrevistados, o número de citações das falas deles também foi utilizado como técnica. Assim, as temáticas que durante as entrevistas estiveram muito presentes entre os entrevistados, nas análises serão representadas por um maior número de citações/menções às falas dos entrevistados.

Além do referencial da Análise de Conteúdo, este estudo também contou como uma referência para a análise das entrevistas, com a experiência realizada por Kantorski e colaboradores (2011), para a proposta de avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil. Na referida pesquisa foram entrevistados os usuários dos serviços, os familiares dos usuários e os trabalhadores das equipes. Em seguida, os pesquisadores realizaram oficinas de avaliação qualitativa de quarta geração que, gradativamente, sintetizavam as unidades de informação (conteúdo das entrevistas), separando-os em eixos temáticos. Em um espiral crescente de trocas entre os pesquisadores, os conteúdos levantados e a interação com a literatura de referência. Ao final deste processo os pesquisadores produziram um relatório e quadros com

marcadores, que indicava a avaliação dos interessados (usuários, familiares e equipe de trabalhadores) sobre os serviços.

Inspirados nos dois referenciais, dois curadores envolvidos neste estudo (doutorando e orientadora) procederam à análise da seguinte forma:

- a) realização das 28 entrevistas com pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários;
- b) leitura flutuante, a partir das categorias<sup>3</sup> prévias que compõem o objetivo deste estudo (objetivos da eCR, resolutividade da eCR, critérios de monitoramento e avaliação da eCR, processo de trabalho da eCR, entre outras);
- c) de modo independente/separados os pesquisadores categorizaram as falas em noções de objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação;
- d) em conjunto, os pesquisadores discutiram e realizaram uma primeira validação interna das noções propostas;
- e) novamente de modo independente/separados, os pesquisadores analisaram as noções propostas, acrescentando nas análises as informações levantadas pelos achados das revisões documental e científica; os pesquisadores rediscutiram e realizaram, então, a uma segunda validação interna das noções propostas;
- f) por fim, os pesquisadores propuseram os quadros com as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação presentes no Capítulo 3 desta tese.

Assim, como em etapas descritas anteriormente, esta fase observou todas as disposições éticas de pesquisa com seres humanos. A aprovação para esta etapa já tinha sido obtida como parte de um estudo anterior, ao qual se garantiu uma extensão, sendo o protocolo aprovado pelo Comitê de Ética do IMS/UERJ, sob o parecer de nº 3.821.715.

---

<sup>3</sup> Para o uso do termo “categoria” neste ponto da tese, segue-se as orientações de Cecília Minayo (2007). A autora define as categorias na pesquisa qualitativa em saúde como conceitos classificatórios. As categorias são “termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada e hierarquizada” (MINAYO, 2007, p. 178). Mais especificamente no contexto deste trabalho, os objetivos, a resolutividade e os critérios de monitoramento e avaliação referidos à eCR são o que Minayo (2007) chama de Categorias Analíticas. Para a autora, as Categorias Analíticas são “as que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 2007, p. 178). Assim, os objetivos da eCR, sua resolutividade e seus critérios de monitoramento e avaliação foram as categorias prévias que balizaram a leitura da literatura específica do campo das eCR, a análise do CNES e do e-SUS AB e as entrevistas.

### 2.3.2 Proposição de critérios de monitoramento e avaliação que possam contribuir para a organização do processo de trabalho das eCR

Após os levantamentos e as análises promovidas pelas três etapas da pesquisa (estado da arte dos documentos oficiais e da literatura científica; análise do perfil de trabalhadores, do cenário nacional de implantação das eCR e das práticas das eCR registradas no e-SUS AB; e da análise das entrevistas com os pesquisadores, gestores e trabalhadores de eCR e usuários – pessoas em situação de rua), foram discutidas propostas de critérios de monitoramento e avaliação que possam colaborar com a organização do processo de trabalho dessas equipes<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> No início do tópico 4.3 é apresentado um infográfico, retomando o percurso metodológico realizado, para esta parte do estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Neste Capítulo são apresentados os elementos teórico-conceituais que serão as referências para a discussão e análise neste trabalho. Compõem estes elementos alguns pontos da literatura sobre a AB (objetivos e resolutividade), a RD na perspectiva da AB e o monitoramento e avaliação em saúde, com seus indicadores e critérios de avaliação na AB.

Cabe aqui realizar uma distinção importante no intuito de delinear o percurso teórico-conceitual deste trabalho. Neste sentido, quando houver referência a como a AB, seus objetivos e sua resolutividade foram discutidos pela literatura, assim como a RD na perspectiva da AB e os processos de monitoramento e avaliação em saúde, será utilizado o termo “conceitos”, seguindo as orientações de Cecília Minayo (2007). Para a autora, os conceitos são “unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria” (MINAYO, 2007, p. 176). O termo conceito refere-se a uma elaboração sofisticada, com robusto lastro teórico e histórico (MINAYO, 2007). Assim, os conceitos assumem o papel de pilares de sustentação das teorias. Os conceitos são as trilhas para a ordenação teórica dos fatos, relações e processos sociais que estão em jogo no processo de pesquisa. Por isso, devem sempre ser repensados e reconstruídos, pela análise de sua relação com o campo empírico estudado, reforçando seu caráter histórico (MINAYO, 2007).

Ainda sobre as distinções necessárias para a melhor compreensão dos termos utilizados neste estudo, Minayo (2007) aponta o termo “noção” como um modo de definição de uma ideia ou um fenômeno, porém, de modo menos elaborado que em um conceito, ocupando no campo das pesquisas sociais uma posição menos privilegiada em relação a este (MINAYO, 2007). Para a autora, “as noções representam um esforço do pensamento para descrever determinadas experiências e, por isso, ocupam lugar de importância no processo de investigação” (MINAYO, 2007, p. 177), abrindo espaço para mais interpretações sobre os fenômenos estudados. Diferente dos conceitos, as noções ainda não gozam da clareza teórica dos conceitos, mas podem apoiar explicações que se aproximam do real (MINAYO, 2007).

Feitas as distinções entre conceito e noção, neste trabalho o termo “conceito” será utilizado para se referir aos elementos encontrados na leitura do referencial teórico-conceitual da tese e o termo “noção” será utilizado para descrever o mapeamento dos sentidos e significados sobre o que foi identificado na literatura específica, nas análises do CNES e do e-SUS AB e nas entrevistas realizadas.

Para a organização de um processo de trabalho, um serviço de saúde, uma rede de atenção e, sobretudo, um sistema de saúde, é preciso que um rol de saberes e práticas de

caráter técnico-científico, político, econômico, social, sanitário e outros, estejam articulados. A definição de saber apresentada por Michel Foucault (1997) parece apropriada para disparar a reflexão teórica neste estudo. A definição foucaultiana merece destaque por articular saber, sujeito, práticas discursivas, poder e fazer. Para o autor, um saber é o espaço no qual o sujeito pode se posicionar para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso. Para o autor, cabe também a apreensão do saber como o campo de organização e de sujeição dos enunciados do sujeito, campo que permite que os conceitos emergjam, definam-se, apliquem-se e se transformem.

Ao cabo, Foucault nos revela que um saber define pelo conjunto de possibilidades de utilização e apropriação oferecidas pelo discurso. Para o autor, existem saberes que são independentes das ciências sistematizadas. Porém, não existe saber sem uma prática discursiva definida. Em sua articulação direta com o campo das práticas, afirma que prática pode definir-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, 1997; ARAÚJO, 2007).

Ainda sobre as articulações entre saberes e práticas, podemos também nos valer das reflexões de Santos (1989) ao analisar a ruptura epistemológica entre a ciência e o senso comum, propondo, ainda, a ideia de uma segunda ruptura epistemológica, que promoveu o reencontro entre a ciência e o senso comum (ARAÚJO, 2007). Em suas análises, Santos (1989) afirma que (1) todo conhecimento é em si uma prática social, oferecendo sentido e significados a outras práticas sociais, além de contribuir para a transformação destas; (2) uma sociedade complexa é uma configuração de conhecimentos, composta por diversas formas de conhecimento adequadas às diversas práticas sociais; (3) a verdade de cada uma das formas de conhecimento está calçada na sua adequação objetiva à prática que pretende compor; (4) desse modo, a crítica a uma forma específica de conhecimento implica sempre a crítica da prática social a que ele se pretende adequar; (5) tal crítica não pode confundir-se com a crítica dessa forma específica de conhecimento, enquanto prática social, pois tanto a prática que se conhece, quanto o conhecimento que se pratica estão sujeitos a condicionantes e determinantes parcialmente diferentes (SANTOS, 1989; ARAÚJO, 2008).

Na discussão sobre os saberes e as práticas na AB alusivas ao cuidado à população em situação de rua, Teixeira e Fonseca (2015) tratam o tema do saber em saúde associado aos saberes da clínica, da saúde coletiva, da epidemiologia, das políticas públicas e do campo da subjetividade e singularidade dos sujeitos para a produção de saúde. Para as autoras, os saberes em saúde têm conexão com as reflexões sobre o campo e os conhecimentos produzidos por esse mesmo campo, ao passo que os saberes aplicados ao cotidiano dos

serviços de saúde são compreendidos como as práticas em saúde (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

A concepção de prática no campo da Saúde Coletiva assume uma proximidade com a noção de trabalho em saúde. Neste caso, a apreensão de Schraiber e colaboradores (1999) pode contribuir com este estudo, pois os autores propõem que o trabalho em saúde seja entendido como processo produtivo, bem como interação, que leva em conta as articulações entre as ações/práticas em saúde, pelo que representam de dimensão estratégica para a produção de cuidados e assistência, assim como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões (SCHRAIBER et al., 1999).

Por isso, trabalhos são atos técnicos. Os processos de trabalho valem-se de técnicas, embora a técnica não recubra todas as questões envolvidas no trabalho, assim como o trabalho não recobre todas as atividades que são técnicas. No ensino das técnicas, adentra-se o agente do trabalho. Mas a transposição não é tão imediata (SCHRAIBER et al., 1999).

Pinheiro e Luz (2007) constroem uma apropriação do conceito de ação na obra de Max Weber “A ética protestante e o espírito do capitalismo” (1993) para tratar da dimensão das práticas em saúde. As autoras compreendem a ação como “um componente cultural que traduz uma certa forma de pensamento de uma dada cultura, ou melhor, de uma dada civilização” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 11). A proposta aqui tensiona a superação dos limites das análises sobre as práticas em saúde, deslocando-as do lugar de meras formas de aferir as verdades, mas incorporando-as como “fonte de conhecimento de sua própria construção” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 15). Para as autoras, “os serviços de saúde são espaços não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 15).

Pinheiro e Mattos (2007) consideram as práticas do cotidiano dos sujeitos nos serviços de saúde locus especialmente produtivo para os estudos no campo da Saúde Coletiva, sobretudo nos estudos sobre a integralidade do cuidado, tendo em vista que o campo das práticas é o “local” de construção da integralidade, seja na formulação e gestão das políticas públicas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre o usuário e os trabalhadores da saúde e entre os envolvidos e os serviços de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2007).

Assim, os saberes e as práticas em saúde, ou de cuidado, são práticas sociais, pautadas e atravessadas por múltiplas dimensões, como a técnico-científica, a política, a ética, a econômica, a cultural e outras, podendo ser pautadas por razões públicas, mas também por razões privadas/individuais.

A seguir, considerando esta reflexão inicial sobre os conceitos de saberes e práticas, serão apresentados os referenciais teóricos utilizados e que serviram como base para analisar os documentos oficiais, a literatura científica, os dados do prontuário eletrônico e-SUS AB e as entrevistas. Sequencialmente, serão elucidados especificamente os referenciais pertinentes aos objetivos da AB, à resolutividade na AB, à RD na AB, ao monitoramento e avaliação na AB e aos critérios avaliativos e indicadores na AB.

### 3.1 Objetivos da AB

Com o intuito de reforçar o papel e a organização do processo de trabalho do Consultório na Rua como uma equipe de AB para populações específicas, cabe apresentar a proposta para a AB descrita na PNAB de 2017:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Para Barbara Starfield (2002, p. 28), a Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>5</sup> é o nível de um sistema de serviços de saúde que oportuniza a entrada no sistema para todas as necessidades e os problemas, fornece atenção sobre a pessoa (centrada no sujeito e não na enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (quando não for possível que a resolução do problema na APS). A autora ressalta as questões do acesso, da resolutividade e da coordenação do cuidado como centrais para uma organização satisfatória da APS, inserida em um sistema de saúde.

Mendes (2002) estabelece três grandes funções para a APS: 1) a resolução, que visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; 2) a organização, apontando a APS como organizadora privilegiada dos fluxos e dos contrafluxos dos usuários pelos diferentes pontos de atenção à saúde no sistema de serviços de saúde; e 3) a responsabilização, que tem por finalidade explícita a responsabilidade da APS pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estes estejam.

---

<sup>5</sup> Esta tese utilizará o termo Atenção Básica, seguindo as orientações da PNAB, que em seu parágrafo único, considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. As exceções acontecerão quando os documentos, os autores citados ou os entrevistados utilizarem o termo APS, nestes casos será mantida a menção original.

Starfield (2002) aponta que a APS deve orientar-se por seis princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. Para a autora, a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde. A facilidade de acesso à APS possibilita que os usuários cheguem com facilidade aos serviços, o que é o um elemento estrutural para que a primeira atenção aconteça.

A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários (SHIMAZAKI, 2009): a disponibilidade trata do alcance da atenção necessária aos usuários e às famílias, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade; a comodidade tem relação ao tempo de espera para o atendimento, a forma de agendamento, o conforto dos ambientes para o atendimento (ambiência), a conveniência de horários, a facilidade de contato com os profissionais e outros pontos; e a aceitabilidade trata da satisfação dos usuários em relação à localização e à aparência do serviço (ambiência), da aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelos atendimentos e às ofertas de atendimento oportunizadas pelos serviços.

No caso da longitudinalidade, Starfield (2002) a define como a estratégia para lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos ao longo dos anos. É a aposta na relação de profissionais de saúde e usuários com longa duração, existindo ou não alguma questão/problema de saúde. A longitudinalidade também está associada à menor utilização dos serviços; à melhor atenção preventiva; ao melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; à atenção mais oportuna e adequada; a menos hospitalizações; aos custos totais mais baixos e outros.

Shimazaki (2009) apresenta a integralidade como imperativo para que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. Para a autora, a APS deve oferecer, de forma direta, todos os serviços para as necessidades mais comuns das comunidades assistidas, além de agenciar a prestação de serviços para os casos que necessitem ser atendidos em outros pontos de atenção.

Tomando a integralidade da atenção como um mecanismo importante para assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população, faz-se necessário, segundo Shimazaki (2009): a) o diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita; b) o atendimento pela UBS, a prevenção de doenças e agravos, a restauração e a manutenção da saúde, dos problemas mais comuns ou de maior relevância para a comunidade assistida; e c) a organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades. Pinheiro et al. (2019) em suas mais recentes análises sobre o tema da integralidade defendem que a mesma seja compreendida como princípio e ação, um “projeto-

movimento”, uma forma de dar concretude à saúde implicada na construção de cidadania, afirmando, assim, um posicionamento ético epistemológico inclusivo e dialógico, que define cuidado como expressão de singularidades, ligadas ao direito de ser (PINHEIRO et al., 2019).

Para Starfield (2002), a coordenação é um processo que exige a busca de harmonia numa ação ou esforço comum. Coloca-se como um desafio para os profissionais e as equipes de saúde da APS pelas dificuldades colocadas para viabilizar a continuidade do cuidado (em especial a dificuldade de acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção).

O ponto central na discussão sobre a coordenação da atenção é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir significativamente para a coordenação da atenção, possibilitando o compartilhamento de informações entre os profissionais da APS e os especialistas (SHIMAZAKI, 2009).

A centralidade na família indica que o conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde é um elemento fundamental para oferecer uma atenção à saúde oportuna. No caso do sistema de saúde brasileiro, a centralização na família é implementada com base na Estratégia Saúde da Família desde 1994 (inicialmente como um programa e atualmente como uma estratégia do sistema de saúde). Essa Estratégia específica é entendida como uma possibilidade de reorientação do modelo assistencial (na tentativa de avançar nos limites colocados pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico), operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais em UBS (MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

A centralidade na família requer mudança na prática diária das equipes de saúde. A equipe de saúde passa a ter como um dos objetos de trabalho a família, passando a realizar intervenções personalizadas ao longo do tempo (longitudinalidade), partindo da compreensão da estrutura familiar (MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009). Nessa perspectiva, a associação entre a equipe, os usuários e suas famílias é uma condição fundamental para que se construa uma abordagem familiar, fundamentada no respeito à realidade, às crenças e aos valores das pessoas e famílias (MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

Na discussão sobre a orientação comunitária, colocam-se a necessidade da APS utilizar habilidades clínicas e epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de modo complementar, para que as ofertas à população adscrita sejam adequadas e atendam às suas necessidades específicas de saúde (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002; SHIMAZAKI, 2009). Neste sentido, torna-se necessário: 1) definir e caracterizar a comunidade; 2)

identificar os problemas de saúde da comunidade; 3) modificar ou ajustar programas, quando necessário, para abordar esses problemas; e 4) monitorar a efetividade das modificações do programa (SHIMAZAKI, 2009).

O tema da orientação comunitária diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão sobre o sistema de saúde. No Brasil, este princípio tem se viabilizado através do controle social, com a instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde (MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

### **3.2 Resolutividade na AB**

O conceito de resolutividade tem relação direta com o ato de dar solução a alguma coisa ou questão. Assim, no contexto específico dos serviços de saúde, resolutividade é uma das formas de avaliar estes serviços por meio dos resultados alcançados pela oferta de atendimento aos usuários (D'AGUIAR, 2001). Dito de outro modo, pode-se considerar resolutividade como a resposta satisfatória que um serviço de saúde oferece ao usuário do SUS quando procura por atendimento para alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende apenas a cura de doenças, mas inclui também o alívio ou a minimização do sofrimento, assim como a prevenção de outras doenças ou agravos, a promoção e a manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos (D'AGUIAR, 2001; MACHADO; PASSOS, 2018).

Nesta perspectiva, a resolutividade pode ser avaliada por dois vieses: um é o do serviço e da equipe, quanto à capacidade de atender as demandas que chegam por via espontânea ou programada e no encaminhamento e compartilhamento dos casos que necessitem de atendimentos mais especializados; e o outro, dentro do sistema de saúde, que se desdobra desde a primeira consulta, os exames e o tratamento do usuário nos serviços de AB até a solução do problema em outros níveis de atenção do SUS (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; MACHADO, 2017b).

Na PNAB de 2017, o conceito de resolutividade aparece diversas vezes e é reafirmada em diferentes contextos, porém é definida no item que trata do processo de trabalho da AB. Neste ponto, a resolutividade é trazida como:

Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens

de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB (BRASIL, 2017a).

O trecho citado da PNAB (2017) associa o conceito de resolutividade à intervenção sobre os riscos, as necessidades e as demandas de saúde da população, na perspectiva da ampliação do escopo de ofertas e abordagens de cuidado e com o uso de diferentes tecnologias e ferramentas de cuidado individual e coletivas, com vistas à qualificação e à ampliação da capacidade das equipes de identificar e intervir nos riscos, nas necessidades e nas demandas de saúde da população, objetivando solucionar os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Para o modelo médico-centrado, hegemônico na década de 80, resolutividade era tida como a solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários, incluindo a satisfação do profissional médico. Ou seja, o serviço resolutivo era o que fosse capaz de solucionar a maior parte dos problemas das pessoas (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; MACHADO, 2017b).

No entanto, segundo Merhy (1994), a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. Para este autor, a resolutividade acontece quando disponibilizamos ao usuário um conjunto de tecnologias existentes com o propósito de promover o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, considerando as dimensões individuais e coletivas dos problemas de saúde (MERHY, 1994). Deste modo, a intervenção efetiva, resolutiva em saúde, precisa abordar integralmente os problemas. O autor também recomenda que as ações coletivas e as individuais estejam associadas (MERHY, 1994), pois, na atualidade, os problemas de saúde transcendem, na sua maioria, a questão individual (DAGANI, 2002).

Diversos estudos têm sido desenvolvidos com o propósito de monitorar e avaliar a resolutividade da AB. Um dos indicadores indiretos de acesso oportuno e efetivo é a análise das hospitalizações por causas sensíveis à AB, incluindo as ações de prevenção e promoção da saúde, o tratamento adequado e a continuidade do cuidado, preferencialmente inserido em uma linha de cuidado (NEDEL et al., 2008; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2010; MACHADO, 2017b).

O acesso aos serviços de saúde é um dos pontos principais para a produção de efeitos positivos na saúde de pessoas e comunidades. O acesso tem como possibilidade ser o primeiro elemento de composição do processo de vinculação aos serviços e às equipes, ao mesmo tempo em que pode ser a primeira barreira de entrada no sistema de saúde. Assim, o acesso se

coloca como eixo de entrada do usuário no serviço de saúde e no debate sobre resolutividade na AB (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA, 2007).

O trabalho em equipe é outro aspecto importante para abordar a questão da resolutividade. Para o trabalhador da saúde, a possibilidade de uma prática colaborativa, com troca de experiências e experiências clínicas entre as diferentes categorias profissionais, possibilita maior resolutividade para os problemas apresentados pelos sujeitos e também pela comunidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Outro elemento importante na discussão sobre resolutividade na AB é a existência de uma rede hierarquizada, articulada e organizada para o compartilhamento do cuidado proporcionado aos usuários, na tentativa de garantir a continuidade do cuidado, a integralidade e a resolutividade da atenção (D'AGUIAR, 2001; MACHADO, 2017b). Deste modo, fica colocada a necessidade de que o setor saúde constitua parcerias com outros setores, fato que aponta que a produção de intersetorialidade será determinante do grau de resolutividade do sistema de saúde (D'AGUIAR, 2001; MACHADO, 2017b).

O perfil dos profissionais é outro ponto da discussão sobre a resolutividade da AB. O perfil considerado adequado para o profissional da AB exigiria capacitação técnica específica para estes pontos de atenção; vínculos empregatícios mais estáveis e com estratégias de remuneração por desempenho; investimento em ambiência e infraestrutura das UBS; adequação do suprimento de recursos de apoio ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação; além da aproximação entre os gestores, a comunidade, os profissionais e os pesquisadores por meio de ações construídas com e na comunidade (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; MACHADO, 2017b).

Cabe ressaltar que abordar a questão da resolutividade implica também o compartilhamento da responsabilidade do acompanhamento e da avaliação sistemática dos resultados entre os gestores, os serviços, as equipes e os trabalhadores, inseridos em um amplo processo de planejamento (BRASIL, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009). Assim, o monitoramento e a avaliação dos resultados tornam-se imprescindíveis para os gestores municipais e estaduais, com vistas a tentar garantir maior qualidade da atenção. Deste modo, fomentar e fortalecer a cultura informacional e o uso de ferramentas como o e-SUS AB (sistema de informação da AB) para a produção de informações que subsidiem o monitoramento e a avaliação da atenção (a informação em saúde aliada ao monitoramento e à avaliação das equipes e dos serviços) também pode ser considerado uma forma de garantir maior resolutividade (FELISBERTO, 2004; OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; MACHADO, 2017b).

O acolhimento e a corresponsabilização são outros pontos nesta discussão. A ampliação da resolutividade tem relação com um atendimento organizado pela lógica do acolhimento, a responsabilização das equipes e dos serviços, além de possibilitar atitudes criativas e flexíveis. Dito de outro modo, o trabalho resolutivo em saúde também está baseado no cuidado corresponsável, em que haja o protagonismo da equipe multiprofissional, no intuito de entremear os saberes e as práticas no campo da saúde (MACHADO, 2017b).

Para uma análise plural sobre a questão da resolutividade da AB é igualmente importante utilizar como um dos balizadores deste item a perspectiva do usuário em relação aos serviços e suas ofertas.

Por fim, pensar a questão da resolutividade na AB também exige refletir sobre a capacidade do sistema de saúde como um todo, com seus limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver os problemas de saúde que levam o usuário a procurar os seus serviços, em cada nível de atenção, bem como refletir sobre os problemas que causam impacto coletivo à saúde da população, a partir do ideário/lógica de que serviços têm seu funcionamento e organização a partir de um território específico (CHIORO; SCAFF, 1999; MACHADO, 2017b).

De um modo geral, não há consenso no Brasil sobre o que se espera em termos da resolutividade dos serviços da ABS. Além disso, a formação de recursos humanos segue sendo um desafio para o SUS e para a AB. A Medicina da Família e Comunidade somente foi reconhecida como especialidade médica em 2002, contando hoje com, aproximadamente, 5.000 especialistas (AUGUSTO et al., 2018). Há também a baixa credibilidade e o reconhecimento dos profissionais de AB pela rede de saúde com relação à resolutividade, elemento que se torna um obstáculo para a coordenação dos cuidados a partir da AB (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MACHADO, 2017b).

### **3.3 Redução de Danos na AB**

O conceito de Redução de Danos tem diferentes apreensões no campo da saúde. O início da construção do conceito se deu no campo da Saúde Mental, mais especificamente a partir da construção de estratégias de cuidado e atenção para as pessoas com problemas na sua relação com drogas (sobretudo as injetáveis inicialmente), assim como na interface entre o uso de drogas e as infecções, principalmente pelo vírus HIV. Neste contexto, a RD é caracterizada como “uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas”. Inicialmente, as intervenções

foram marcadas pela interface entre a garantia de direitos humanos e a cidadania com as ações em saúde, valorizando o protagonismo dos sujeitos envolvidos no seu processo de cuidado, além do respeito das escolhas dos mesmos (GOMES; VECCHIA, 2018).

Os primeiros movimentos da RD foram na Inglaterra, nos anos 20 (Relatório Rolleston), com a recomendação médica monitorada de opiáceos para dependentes químicos de heroína, como um modo de oportunizar os benefícios desta administração frente aos efeitos indesejados da síndrome de abstinência, além de promover maior estabilidade nas vidas dos beneficiados. A prescrição médica das substâncias era realizada legalmente (FONSÊCA, 2012; GOMES; VECCHIA, 2018).

A primeira iniciativa de ordem comunitária da RD aconteceu nos anos 80 na Holanda, a partir da reivindicação de pessoas usuárias de drogas injetáveis, atentas aos elevados índices de Hepatite B entre os próprios usuários, por conta do compartilhamento de seringas, o que demandou a necessidade de políticas públicas, postas em curso pelo governo holandês, criando o primeiro programa de distribuição e trocas de seringas. Diversos outros países europeus seguiram a iniciativa da Holanda, inclusive a Inglaterra, ainda nos anos 80 (FONSÊCA, 2012; GOMES; VECCHIA, 2018).

Os primeiros passos da RD tiveram como foco principal o controle da epidemia da AIDS, em especial com o público usuário de drogas injetáveis. Grosso modo, os programas se detinham na troca de seringas e pela informação entre pares. As doenças sexualmente transmissíveis também foram objeto das intervenções governamentais (QUEIROZ, 2001; GOMES; VECCHIA, 2018). Com o tempo, as estratégias de governo foram se aprimorando, passando a incluir a prescrição de dosagens controladas de drogas injetáveis; as estratégias de trabalho e renda; as formas de moradia assistida; os tratamentos para a dependência, visando à desintoxicação; os serviços de aconselhamento e informação não somente para o usuário, mas também para a família e os cônjuges; os grupos de ajuda mútua; as campanhas de vacinação contra as Hepatites A e B; e as ações de informação sobre direitos à saúde (FONSÊCA, 2012; GOMES; VECCHIA, 2018).

Por conta de seu caráter inclusivo, menos custoso e mais eficiente do que as metodologias tradicionais de atenção e cuidado, a RD passa a ser adotada internacionalmente como política pública (QUEIROZ, 2001; GOMES; VECCHIA, 2018). De um modo geral, o público trabalhado pela RD são as pessoas em situação de vulnerabilização, como travestis, prostitutas, pessoas em situação de rua, homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis e outras populações-chave (FONSÊCA, 2012; GOMES; VECCHIA, 2018).

No Brasil, dá-se início à RD no final da década de 80 nas cidades de Santos, Salvador e Rio de Janeiro, no contexto da disseminação de HIV/AIDS, em que o compartilhamento das seringas utilizadas no consumo de drogas injetáveis era uma prática rotineira (FONSÊCA, 2012; GOMES; VECCHIA, 2018). No contexto do SUS, a RD passa a integrar as estratégias públicas de cuidado e atenção, após a publicação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), do Ministério da Saúde, em 2003. A referida Política preconiza ações preventivas e de redução de danos, assim como a imbricação das ações de RD com os serviços do SUS, em especial com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os CAPS e, também, com os serviços e as equipes da AB (FONSÊCA, 2012; GOMES; VECCHIA, 2018).

Este trabalho reconhece todo o percurso histórico da RD e seu desenvolvimento conceitual, apresentado nos parágrafos anteriores, porém, tendo em vista os objetivos propostos por este estudo, além da inclusão da AB como locus privilegiado de operação da RD, mencionado anteriormente, faz-se a escolha de privilegiar e visibilizar com maior ênfase a perspectiva da RD apresentada pela PNAB, sobretudo a publicada em 2017. Esta opção teórico-metodológica contribui nas análises do trabalho, na perspectiva das premissas organizativas do processo de trabalho da AB, nível de atenção de inserção dos Consultórios na Rua.

A RD aparece, inicialmente, na definição de AB proposta pela PNAB 2011. Entretanto, é na PNAB 2017 que aparece com maior ênfase e pluralidade de sentidos e significados. A RD é elucidada em cinco contextos diferentes. A primeira vez ligada à caracterização da AB, compondo, assim, uma das características dos saberes e das práticas da APS. Em seguida, faz parte da caracterização de um dos princípios da AB, a integralidade, que é descrita na PNAB 2017 como:

O conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população [...], nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (BRASIL, 2017a).

Em sua terceira aparição na PNAB 2017, a RD é trazida no texto como elemento que distingue o processo de trabalho na AB, que descreve este nível de atenção e cuidado como contato preferencial dos usuários na RAS, considerando as pessoas em suas singularidades (o que inclui as especificidades dos processos da rua no processo de trabalho da AB), assumindo

em diferentes contextos funções e características específicas, para o trabalho junto à população atendida, considerando também as múltiplas inserções socioculturais e por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer a autonomia das pessoas, ofertando atenção integral à saúde (BRASIL, 2017a).

Ainda tratando da caracterização do processo de trabalho na AB, a RD na PNAB 2017 é posta para compor com a resolutividade. Neste contexto, a RD é uma entre as diferentes tecnologias e abordagens de cuidado (assim como a clínica ampliada, a gestão da clínica, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a proteção e a recuperação da saúde), que pretendem ampliar a capacidade das equipes para identificar e intervir nos riscos, nas necessidades e nas demandas de saúde da população, objetivando a solução de problemas de saúde dos usuários (BRASIL, 2017a)

Por último, a RD é mencionada na Política, ainda na caracterização do processo de trabalho na AB, para se ligar ao tópico que trata da implementação da promoção da saúde. Na PNAB 2017 este tópico é descrito como “um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe”, também contribuindo na qualificação e na diversificação das ofertas da AB. Tendo como horizonte o respeito à autonomia das pessoas, afirmando “formas de andar a vida e comportamentos” que incorporem “o saudável e o prejudicial” no processo de cuidado, de modos singulares e viáveis para cada sujeito. Neste contexto, a RD é apresentada como um referencial ético e metodológico que pode contribuir para a aceção de um contexto mais amplo de entendimento do processo saúde-doença, como uma estratégia transversal, junto com outros temas como “alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2017a).

### **3.4 Monitoramento, avaliação, critérios avaliativos e indicadores na AB**

Na esfera da gestão de políticas públicas de saúde, o monitoramento e a avaliação são processos fundamentais para o acompanhamento dos efeitos de uma política/intervenção, além de contribuir com a tomada de decisão quanto a possíveis qualificações das políticas, de modo oportuno (BRANCO, 2001; 2006; SANTOS, 2016). De modo geral, compete às gestões

das esferas de governo do SUS (federal, estadual e municipal), o que inclui a AB (SANTOS, 2016; CRUZ, 2011).

Torna-se cada vez mais relevante no campo da saúde garantir a centralidade dos processos de monitoramento e avaliação, especialmente se considerarmos os desafios que enfrentam os sistemas de saúde universais, como a mudança do perfil demográfico, com o crescente envelhecimento populacional, a ampliação dos gastos em saúde, sobretudo com o desenvolvimento tecnológico, acrescido da necessidade de viabilização de acesso equitativo, além da questão de que um sistema de saúde universal seja efetivo (CHAMPAGNE et al., 2011; SANTOS, 2016).

Existe um amplo cenário de conceituações acerca do monitoramento e da avaliação em saúde (SILVA, 2005; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SOUSA, 2018). Correspondendo a um consenso sobre o conceito de monitoramento, este é caracterizado como um conjunto de esforços para o acompanhamento sistemático a respeito de algum dos aspectos de uma determinada intervenção, por meio de indicadores mensurados a partir da coleta contínua de dados. Já a avaliação corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção, de maneira a subsidiar as escolhas da comunidade política no processo de tomada de decisão, seja ele na etapa de formulação, seja na implementação da intervenção avaliada (SILVA, 2005; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SOUSA, 2018). A partir dessa ideia, o monitoramento e a avaliação apresentam fortes elementos de complementariedade, na medida em que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento podem contribuir, sobremaneira, para a produção de informações que ancorem a realização de processos avaliativos.

Para uma maior imersão nas discussões sobre o conceito de monitoramento, apresenta-se a compreensão de Paulo Januzzi (2016) sobre o monitoramento de políticas públicas. O autor descreve as ações e os sistemas de avaliação e monitoramento de políticas públicas como parte de um processo necessário no acompanhamento da implementação de uma determinada política pública, objetivando a identificação, em tempo oportuno, de possíveis ajustes de rota, e a verificação de metas e objetivos atingidos, garantindo o melhor desempenho possível para a intervenção pública, fazendo com que este processo possibilite também aprendizagem institucional. Assim, para Januzzi (2016, p. 108), este processo é:

[...] uma atividade regular de acompanhamento de processos-chave previstos na lógica de intervenção de um programa e que permite rápida avaliação situacional e identificação de anormalidades na execução deste, com o objetivo de subsidiar a intervenção oportuna e a correção tempestiva para garantir a obtenção dos resultados e impactos que ele deve provocar.

No campo de estudos referentes ao ciclo de políticas públicas, o conceito de monitoramento está ligado à atividade que se dedica essencialmente sobre a etapa de implementação da política pública analisada, e por conta das ações sistemáticas, alimentado continuamente com dados periódicos referentes à sua performance (JANUZZI, 2016).

Em geral, o monitoramento está ligado à compilação, à organização e à análise dos indicadores, em abordagens quantitativas. Porém, pode-se considerar também a existência de processos de monitoramento presenciais, conforme colocado por Vaitsman, Rodrigues e Paes-Sousa (2006, p. 21-22):

O conceito de monitoramento [...] pode se referir a dois processos distintos, ainda que interligados. Por um lado, enquanto o acompanhamento dos programas se constitui em uma atividade interna da organização, um procedimento “a distância”, por outro, o monitoramento também se refere a processos “presenciais”, checagens locais, que acabam constituindo um tipo de pesquisa rápida, qualitativa, por meio da qual gestores, pesquisadores ou outros agentes podem verificar como a implementação está sendo realizada, e se está atingindo seus objetivos, além de verificar que problemas estão interferindo nas ações, processos e consecução dos objetivos previstos.

Os recortes conceituais quantitativos e qualitativos apontam o monitoramento como um processo proativo, alimentado por informações acerca do desempenho da política pública e sistematizado em suas rotinas de coleta, especificações metodológicas de análise dos dados e com diálogo direto com as instâncias de tomada de decisão na gestão, sob risco de subutilização do potencial do processo.

A literatura sobre o campo da avaliação destaca que ao longo da história foram desenvolvidas quatro gerações de avaliação em saúde (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; GUBA; LINCOLN, 2011), e alguns autores comentam sobre uma quinta geração (HARTZ, 2008). Cada geração traz características específicas, todavia, de modo geral, ao definir avaliação, no âmbito das políticas e programas sociais, tem-se que a mesma se define fundamentalmente em:

Aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. (HARTZ, 2008).

Retomando à distinção das principais características entre as gerações da avaliação, será oportuno recorrer à leitura construída por Guba e Lincoln (2011) e também por Dubois, Champagne e Bilodeau (2011). Tem-se que a primeira geração (do século 19 até os anos de 1930) foi marcada por ter a mensuração como finalidade principal, pois se limitava aos problemas de “medidas” e às aplicações do método experimental (SANTOS, 2016; DUBOIS;

CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). A primeira geração da avaliação estava ligada aos avanços da epidemiologia e da estatística, no bojo da expansão da racionalidade científica (GUBA; LINCOLN, 2011; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; SANTOS, 2016), testando a utilidade de diversas intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias de alguns países (Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos, França, Suíça e outros) (HARTZ, 2008). Neste contexto, o avaliador é um técnico, construtor e utilizador de instrumentos para a medição de fenômenos, objetos de seus estudos (HARTZ, 2008).

A segunda geração da avaliação em saúde (dos anos de 1930 até os anos de 1950) avançou para a identificação, a descrição e a compreensão da estrutura do programa, ou política a ser avaliada, avaliando também as forças e as fragilidades para verificar as possibilidades de atingir os resultados esperados e fazer as devidas recomendações e/ou ajustes para sua implementação. As “medidas” (ponto de inflexão da primeira geração) passam a se colocar a serviço da “avaliação”, existindo neste momento uma distinção conceitual entre os dois termos. Ainda, para a segunda geração, os pesquisadores em ciências sociais passam a ter um papel cada vez mais importante na formulação e condução dos estudos avaliativos, inserindo cada vez mais os conhecimentos teórico-metodológicos de suas disciplinas. Desse modo, passa-se a apostar na atenção sobre a intervenção, e não somente em seus resultados, ou resultados obtidos pelos seus beneficiários (GUBA; LINCOLN, 2011; SANTOS, 2016). Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) corroboram com esta perspectiva, apontando como principal diferencial dessa fase da avaliação que a eficácia (alcance dos melhores resultados possíveis) de um programa passa também pelos diversos aspectos relacionados à estrutura dos programas, aos recursos utilizados, às estratégias de trabalho, enfim, à natureza global da intervenção proposta (SANTOS, 2016).

A terceira geração da avaliação tem a marca da ampliação do quadro conceitual, assim como pela diversidade de funções que a mesma passa a apresentar. Nesse período, a ênfase da avaliação passa a ser o julgamento da intervenção. Assim, a necessidade central passa a ser de avaliar a pertinência dos propósitos propostos por uma intervenção quando comparados com os problemas e as necessidades sobre os quais se propôs a intervir. Desse modo, o que marca a transição geracional é o apelo pela inclusão do juízo de valor nas avaliações (GUBA; LINCOLN, 2011; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; SANTOS, 2016). Neste contexto, os avaliadores assumem a função de julgadores, mantendo as funções de descrever o desenvolvimento do programa/intervenção, além de aferir seus resultados. A nova função do

avaliador, nesse período, traz no seu bojo a profusão de modelos de avaliação e a profissionalização da avaliação, pois agora o julgamento de valor deveria ser feito por um avaliador especialista (GUBA; LINCOLN, 2011; SANTOS, 2016).

É possível constatar certa complementaridade entre as três primeiras gerações de avaliação, tendo em vista que a primeira possibilitou a construção de instrumentos para aferir os resultados dos problemas que persistiam, a despeito de intervenções realizadas; a segunda jogou luzes às intervenções propriamente ditas; ao passo que a terceira induziu o estabelecimento de juízo de valor acerca da relevância dos objetos de avaliação e seu mérito.

A quarta geração pretende lidar com os limites das três gerações anteriores, a partir de uma perspectiva que Guba e Lincoln (2011) denominaram como avaliação construtivista. Questões como o comprometimento excessivo com o paradigma científico, de fazer interagir a multiplicidade de valores em jogo no processo avaliativo, e a tendência ao gerencialismo passam a ser enfrentadas metodologicamente pela quarta geração, sobretudo a partir do envolvimento dos diferentes grupos interessados no processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011). A definição de parâmetros e limites para a avaliação passa a contar com a participação dos “avaliados”, propondo também a inclusão das reivindicações, preocupações e questões identificadas pelos interessados (trabalhadores, gestores, comunidade, usuários e outros) (GUBA; LINCOLN, 2011; SANTOS, 2016). Para Dubois, Champagne e Bilodeau (2011), é exatamente as metodologias envolverem a participação, a negociação e as relações de poder que mais caracterizam a quarta geração de avaliação, envolvendo também questões da colaboração e horizontalidade entre os atores envolvidos, do empoderamento dos interessados e da democracia (GUBA; LINCOLN, 2011).

Há, ainda, autores que vão circunscrever os domínios da quinta geração de avaliação (BARON; MONNIER, 2003; HARTZ, 2008). Esta geração traz como principal característica o caráter emancipatório do processo avaliativo. Combinando características das gerações anteriores (assim como a quarta geração), a quinta geração de avaliação explicita e reforça o poder dos participantes e a perspectiva da democratização. O compromisso em qualificar as políticas públicas avaliadas caminha a par e passo com o compromisso de fortalecer os grupos sociais a elas relacionados, favorecendo uma melhor compreensão dos problemas e uma maior autonomia para enfrentá-los. Nesta perspectiva, o avaliador cumpre um papel pedagógico de mediador entre os resultados e o processo de construção da avaliação (BARON; MONNIER, 2003; HARTZ, 2008).

Em que pese haja uma distinção entre as gerações de avaliação e as práticas avaliativas possam ser mais filiadas às características de uma ou outra geração, algumas práticas

coexistiram em certos momentos históricos da avaliação. Assim, mesmo existindo os modelos avaliativos de quarta e até mesmo de quinta geração, ainda hoje é possível observar concepções e procedimentos avaliativos inclinados à primeira, à segunda e à terceira geração (SANTOS, 2016).

Após esta breve contextualização sobre as gerações de avaliações, cabe agora uma breve apresentação do cenário de concepções sobre o conceito de avaliação, levando em conta autores que se constituíram como referências para este campo de estudo. Do mesmo modo, serão apresentadas também algumas concepções de monitoramento, esclarecendo também sua interface com a avaliação.

Patton (1997) descreve a avaliação como a coleta sistemática de informação sobre as características, as atividades e os resultados de programas, viabilizando a emissão de julgamento sobre os mesmos, a fim de melhorar sua eficácia e subsidiar decisões sobre os referidos programas. Para Patton, o termo julgamento está ligado à terceira geração de avaliação, já que não dissocia a coleta e a produção de informação da intervenção como um todo e de seus resultados (SANTOS, 2016).

Na definição de Champagne et al. (2011) pode-se observar características das quatro gerações da avaliação. Para o autor, avaliar consiste essencialmente na emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção, a partir de um dispositivo que forneça informações validas cientificamente, além de socialmente legítimas, sobre a intervenção, ou qualquer um de seus componentes, objetivando procedimentos que possibilitem que os diferentes atores interessados, com seus diferentes pontos de vista, possam se posicionar sobre a intervenção, habilitando-os também para que seus julgamentos (individuais e coletivos) possam traduzir-se em ações concretas.

Na esteira das definições que se alinham com as avaliações de quarta geração, Cruz e Reis (2011) propõem que a avaliação em saúde seja compreendida como uma prática social que ajuda na orientação das práticas de saúde, assim como auxilia a gestão na tomada de decisões, com base em critérios previamente pactuados. Para as autoras, a avaliação é uma ferramenta não só de mensuração, descrição e julgamento, mas também, concomitantemente, estratégia de negociação constante, e por isso não pode dispensar o envolvimento dos atores sociais interessados.

Outro ponto sobre as pesquisas avaliativas é a proposta de Champagne et al. (2011) sobre as diferentes perspectivas de análise dos procedimentos avaliativos. Os autores apresentam seis tipos de análises: estratégica, lógica, da produção, dos efeitos, da eficiência e da implantação (SANTOS, 2016).

A análise estratégica é a que determina a relação de convergência entre as finalidades da intervenção e a natureza do problema enfrentados, contribuindo, assim, para a determinação das prioridades a serem dadas aos problemas, bem como para a adequação das estratégias apontadas para a resolução de um problema (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; CHAMPAGNE et al., 2011; SANTOS, 2016). A análise lógica indica a avaliação da relação entre as finalidades da intervenção e os meios utilizados (recursos, atividades e serviços) propostos para seu alcance, frisando legitimidade teórica e operacional da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011). A análise da produção dedica-se à relação entre os recursos utilizados e a quantidade e a qualidade das atividades realizadas (CHAMPAGNE et al., 2011). A análise dos efeitos diz respeito ao quanto as atividades propostas interferiram sobre o estado de saúde (análise de eficácia da intervenção). Assim, pode-se avaliar tanto os efeitos desejados pela intervenção quanto àqueles não pretendidos, além de possibilitar a avaliação dos efeitos de curto, médio e de longo prazo (CHAMPAGNE et al., 2011). A análise da eficiência é a análise da relação entre os recursos e os efeitos produzidos (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; CHAMPAGNE et al., 2011). A análise da implantação refere-se ao processo de implementação de uma intervenção e sua relação com o contexto e os efeitos produzidos (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; CHAMPAGNE et al., 2011).

Champagne et al. (2011) definem os dois principais tipos de avaliação, a normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa mensura e analisa as diferenças entre os elementos de uma intervenção e os critérios e as normas de mesma natureza (SANTOS, 2016). Assim, este tipo de avaliação pode emitir julgamentos sobre a estrutura, o processo e os resultados de uma intervenção específica (CHAMPAGNE et al., 2011). Já a pesquisa avaliativa procura estabelecer, por meio de métodos científicos, a adequação e as relações de coerência entre os elementos da intervenção e os problemas que são objeto da mesma (CHAMPAGNE et al., 2011). Para Vieira-da-Silva e Formigli (1994), a pesquisa avaliativa busca, a partir de uma pergunta não respondida pela literatura, o julgamento de práticas sociais. Para Novaes (2000), a pesquisa de avaliação tem uma maior afinidade com a produção de conhecimento reconhecido cientificamente. A autora ressalta a priorização no impacto das ações e as relações de causalidade, sendo as metodologias quantitativas as mais utilizadas.

A proposta de avaliação de Champagne e colaboradores (2011) é inspirada em Avedis Donabedian (1919/2000). Donabedian (1988) propôs um modelo de avaliação de qualidade que se tornou uma das principais referências teórico-metodológicas para o campo da saúde. Em sua proposição de abordagem sistêmica do processo de avaliação de serviços de saúde, a análise avaliativa deve levar em conta as dimensões de estrutura, processo e resultados,

ressaltando que o desempenho e/ou os resultados alcançados são condicionados pela estrutura e pelo processo desenvolvidos nos serviços de saúde. Para o autor, a estrutura abrange os recursos físicos, materiais e humanos, os instrumentos normativos e administrativos e as fontes e formas de financiamento. Já os processos envolvem as atividades referentes aos usos dos recursos em suas dimensões quantitativa e qualitativa. No caso dos resultados, estes se referem aos efeitos das atividades desenvolvidas sobre a saúde dos indivíduos e das populações (DONABEDIAN, 1988). Donabedian propõe ainda que estes elementos dos programas/serviços de saúde sejam avaliados segundo os sete pilares da qualidade em saúde: eficiência, efetividade, eficácia, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1988; LIMA; SILVA, 2011).

Na perspectiva da gestão, a avaliação tem como principal propósito a produção de informação direcionada ao aprimoramento da intervenção. As metodologias quantitativas são as que predominam. De modo geral, o foco é a caracterização de um aspecto da intervenção e sua tradução em medidas quantificáveis (SANTOS, 2016). A informação produzida é direcionada ao desenvolvimento e ao aprimoramento de indicadores ou critérios de avaliação e almeja-se que o resultado possa promover a construção de critérios e normas para a utilização dos indicadores no desempenho do objeto ou intervenção avaliada (SANTOS, 2016).

Retomando a questão do monitoramento e o mapeamento de suas definições na literatura, temos que várias de suas definições corroboram sua conexão com as práticas avaliativas. Na perspectiva de Miguel Porta (2009 apud SANTOS, 2016), o monitoramento é a análise e a interpretação de medidas, com a finalidade de verificar alterações no estado de saúde dos indivíduos e da população, compreendendo, ainda, a análise da implantação e dos efeitos de uma intervenção específica (PORTA, 2009 apud SANTOS, 2016). A perspectiva de Porta (2009 apud SANTOS, 2016) indica uma proximidade entre o monitoramento e a vigilância, porém Waldman (1998) ressalta que a vigilância e a epidemiologia não são sinônimas. O autor salienta que a vigilância é uma das aplicações em saúde da epidemiologia, cabendo ao monitoramento um campo de aplicação mais amplo que a vigilância, pois pode envolver intervenções relacionadas a diferentes áreas, como a educação, o meio ambiente, a economia, ao passo que a vigilância trabalha necessariamente com os eventos de saúde (sobretudo controle de doenças).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), 2010, propõe uma compreensão de monitoramento como sendo a avaliação contínua entre a intervenção e as mudanças almejadas, sugerindo a efetivação de ajustes constantes no desempenho desejado e nos

resultados verificados. Já a autora Zulmira Hartz (2000) define monitoramento como a análise contínua dos sistemas de informação disponíveis e o acompanhamento de procedimentos, produtos e situações de saúde. Para Cruz e Reis (2011), o monitoramento tem o propósito de acompanhar de forma rotineira as informações prioritárias, para que a gestão examine se as intervenções em saúde acontecem como planejadas, em relação aos efeitos planejados, com o objetivo de construir hipóteses sobre possíveis efeitos indesejados.

As concepções apresentadas indicam que o monitoramento opera como um híbrido entre a avaliação e a vigilância, estando mais próximo da vigilância ao acompanhar rotineiramente as informações sobre as situações de saúde, e da avaliação, quando apresenta características da avaliação da primeira e segunda gerações (com foco na mensuração e na observação do que foi planejado e o que vem sendo executado ou alcançado em curto, médio e longo prazo) (SANTOS, 2016). Assim, o monitoramento e a avaliação caminham juntos, informando a tomada de decisão da gestão de políticas públicas de saúde.

Após a apresentação deste conjunto de cenários de gerações, concepções e definições, presente no campo do monitoramento e da avaliação, cabe ressaltar que há, ainda, o que diferentes autores denominam como práticas avaliativas. A palavra prática no dicionário eletrônico Michaelis (2020) é compreendida como (1) ato ou efeito de praticar; (2) certo modo de proceder; (3) a execução repetida de um trabalho com o fim de adquirir destreza; e (4) a realização de qualquer ideia ou projeto. Múltiplos sentidos e vários deles de interesse para o campo da saúde, seguindo as trilhas abertas no campo da saúde coletiva (SCHRAIBER, 1993). Sobre a questão das práticas avaliativas, Pinheiro e Silva Junior (2008) colocaram como um dos principais desafios para a pesquisa neste campo o de observar as práticas avaliativas que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde, como estas práticas ocupam o dia a dia dos gestores, dos serviços e das equipes e como os mesmos se ocupam delas. Pinheiro e Silva Junior (2008) alertam, ainda, de que no Brasil há um predomínio histórico de práticas avaliativas sem lastro com a sistematização e a articulação com as gestões locais, tendendo a uma lógica verticalizada de âmbito federal, o que faz com que diferentes contextos locais em um país de dimensão continental sejam desconsiderados (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Para Pinheiro e Silva Junior (2008), cabe ponderar que a avaliação tende a agregar valor se as informações forem apropriadas socialmente, consideração que interage com as dificuldades das equipes de saúde locais de se apropriar dos processos avaliativos. Neste cenário, os autores propõem que possam ser apontados outros caminhos para a construção de

práticas avaliativas socialmente implicadas e mais efetivas (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Neste contexto, cabe introduzir a discussão sobre os critérios avaliativos e os indicadores na AB. A centralidade da discussão sobre os indicadores apoia-se no pressuposto de que o acesso às informações, sustentado por dados válidos e confiáveis, é um ponto fundamental para a construção de uma análise objetiva da situação sanitária de um território, sendo igualmente fundamental para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (OPAS, 2008).

O dicionário Aurélio (1996) conceitua informação como (1) dados acerca de alguém ou algo, (2) conhecimento e (3) participação. Dado é o elemento sob o qual tem base uma discussão, componente elementar para a formação de um juízo.

De um modo geral, os indicadores são medidas-síntese que apresentam informações relevantes sobre determinadas propriedades do estado de saúde, além de corroborar sobre o desempenho do sistema de saúde (OPAS, 2008). Os indicadores de saúde são informações em saúde levantadas com periodicidade definida, realizada com base nos dados coletados pelos sistemas de informação. Outra forma de trazer o conceito de indicadores de saúde é como parâmetros de utilização internacional que têm por finalidade avaliar, do ponto de vista sanitário, a saúde dos coletivos humanos, assim como auxiliar o planejamento em saúde, possibilitando o acompanhamento das alterações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO, 2017b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define indicadores de saúde como variáveis apropriadas para realizar a mensuração direta, refletindo o estado de saúde de pessoas e comunidades (CARVALHO; EDUARDO, 1998). Para Carvalho e Eduardo (1998), o indicador em saúde é a forma numérica (ou não) coletado a partir dos sistemas de informação, em que os dados coletados são utilizados para se mensurar as ações realizadas (quantitativa e qualitativamente) ou o risco de um evento ou agravo à saúde ocorrer e a partir desse conhecimento promover interferências (CARVALHO; EDUARDO, 1998; MACHADO, 2017b).

Existem dois outros conceitos que compõem a discussão sobre os indicadores e o planejamento em saúde construído a partir do nível local/territorial: informações e dados.

O Guia de Vigilância Epidemiológica (2002) apresenta e define informação como o conhecimento obtido a partir dos dados já trabalhados, o resultado da análise e a combinação de vários dados. Assim, a informação é um instrumento primordial para a tomada de decisão, sendo elemento desencadeador do processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2002).

Para Penna (1995), a informação não é determinada exclusivamente pela consolidação de dados e posterior construção de indicadores, mas sim pela capacidade de leitura e articulação dos indicadores no processo de construir um juízo sobre uma situação sanitária (PENNA, 1995). Já na definição de Carvalho e Eduardo (1998), informação é o significado atribuído por um sujeito a um determinado dado, através de representações e combinações com outros dados. Deste modo, toda informação tem de suscitar uma decisão que acarretará, por sua vez, em uma ação (CARVALHO; EDUARDO, 1998). Neste sentido, a construção de indicadores faz parte da composição de um ciclo de produção de dados, leitura e interpretação dos dados transformados em informação, que irão subsidiar as tomadas de decisão e a organização de equipes, serviços de saúde e do sistema como um todo.

Retornando ao conceito de indicador, a qualidade de um indicador tem relação direta com as características dos elementos utilizados em sua construção (tamanho da população em risco, frequência de casos e outros elementos) e também com a precisão e a confiabilidade dos sistemas de informação utilizados para esta construção (coleta, registro, transmissão dos dados). A validade de um indicador é acentuada por sua capacidade de aferir/medir o que se pretende e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em situação ideal, o indicador é claro e compreensivo para todos (trabalhadores de saúde, gestores e controle social) (OPAS, 2008; MACHADO; PASSOS, 2018).

A confiança dos usuários na informação produzida é construída a partir do monitoramento da qualidade dos indicadores, além da revisão periódica da consistência da série histórica de dados e da disseminação da informação de forma regular (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO; PASSOS, 2018).

A discussão sobre os indicadores e sua construção também coloca a necessidade de discutir a dificuldade de construção dos indicadores, sobretudo em campos da saúde em que as equipes e os trabalhadores se debruçam sobre as populações submetidas a múltiplas condições de vulnerabilização e intensamente atravessadas por questões subjetivas, como é o caso do processo de trabalho dos Consultórios na Rua. Rosana Onocko-Campos et al. (2017) ao tratar a questão da criação de indicadores para a avaliação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial, mais especificamente o seu componente estratégico, o CAPS, alerta para a necessidade de requerer esforços para relativização e compreensão singular dos fenômenos avaliados, com o propósito de que os processos de objetivação e sistematização quantitativa das práticas de cuidado em saúde possam ser mais permeáveis aos diferentes e complexos elementos que perpassam, informam e influenciam as práticas de cuidado e os processos de

saúde-doença (KANTORSKI, 2009; KANTORSKI et al., 2011; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Neste contexto, diferentes autores propõem a possibilidade de que o campo do monitoramento e da avaliação de práticas de cuidado possa ser investigado por critérios avaliativos, parâmetros e marcadores que possam também indicar determinados aspectos de um dado fenômeno em saúde ou prática de saúde, aqui compreendidos também como práticas sociais (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008; KANTORSKI, 2009; KANTORSKI et al., 2011; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017). A proposta de construção de critérios de avaliação, que possam estabelecer qual é o desempenho satisfatório para uma equipe ou serviço, que defina e oriente os parâmetros do que se pretende como boas práticas em saúde, é uma proposta conceitual interessante para o caso das análises dos processos de trabalho dos Consultórios na Rua.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 A revisão de literatura sobre os Consultórios na Rua: os cenários técnico-normativo e acadêmico-científico para a composição do campo de análises

Neste tópico são apresentados e analisados o mapeamento das noções de objetivo, a resolutividade e os critérios de monitoramento e avaliação, presentes nos campos técnico-normativo (documentos oficiais) e acadêmico-científico. No mapeamento do campo técnico-normativo foram encontradas seis portarias alusivas ao Consultório na Rua e três documentos que atendiam aos critérios predefinidos, entre os anos de 2009 (ano de criação da Política Nacional de População em Situação de Rua) e 2020.

Por outro lado, no mapeamento da literatura científica foram identificados 120 artigos com o tema Consultório na Rua, para o período entre 2009 e 2020. O recorte do descritor foi realizado considerando que para a introdução do estudo e a construção do desenho geral da tese, outras buscas foram realizadas com descritores mais amplos (cuidado e população em situação de rua, Consultórios de Rua e outros), que apresentaram os diversos trabalhos em saúde realizados com a PSR já analisados e evidenciados ao longo da introdução. Porém, em consonância com os objetos desta tese, fez-se necessário, após uma primeira busca mais aberta, restringir a procura nas bases de dados, com foco apenas nos Consultórios na Rua.

#### 4.1.1 Revisão da literatura técnico-normativa (documentos e manuais oficiais)

Partindo da proposta já enunciada na seção metodológica do projeto para esta revisão de literatura, foi realizada a revisão dos documentos oficiais que orientam e regulamentam o funcionamento das eCR (manuais, guias, portarias, políticas e leis). Nesta revisão foram identificadas seis portarias referentes ao Consultório na Rua e três outros documentos, quais sejam: o “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua e as Diretrizes” (DAB/MS); o documento técnico-político “Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – PNH/MS), que trata da descrição do processo de trabalho da primeira eCR do município do Rio de Janeiro (uma das primeiras do Brasil) (MACHADO, 2017b); e o “Documento Norteador dos Consultórios na Rua”, lançado pelo município de São Paulo, no ano de 2016, como marco instrumental para o processo de trabalho das equipes locais.

#### 4.1.1.1 Revisão dos documentos oficiais

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza o trabalho em equipe como um modo para a realização de práticas de cuidado e gestão em consonância com os territórios de atuação das equipes (BRASIL, 2011b; 2017a). Tendo como base o princípio da integralidade, a PNAB propõe um atendimento centrado no usuário e realizado por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, formadas por profissionais de diferentes áreas que compartilham suas experiências e saberes. Este modelo de atuação proporciona a qualificação das competências coletivas e, conseqüentemente, a ampliação da capacidade de atuação no cuidado em saúde para todos os envolvidos. A PNAB indica a necessidade de reconhecimento das especificidades dos usuários e nessa direção institui e orienta a estruturação da eCR para viabilizar de forma mais efetiva a atenção junto à PSR (MACHADO, 2017b).

Após a publicação da PNAB (2011) foram publicadas outras portarias com o objetivo de regulamentar, organizar e disseminar as eCR nos municípios brasileiros. Neste sentido, buscou-se identificar junto às bases legais instituídas pelo Ministério da Saúde as portarias e os demais documentos oficiais publicados, em âmbito federal, após outubro de 2011, que abordam as questões relacionadas às eCR.

A revisão dos documentos oficiais foi realizada com base nos documentos publicados pelo DAB/MS após a publicação da PNAB em outubro de 2011. Assim, foram identificadas seis portarias: as Portarias n<sup>os</sup> 122 e n<sup>o</sup> 123, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b; 2012c), a n<sup>o</sup> 1.922, de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013b), a n<sup>o</sup> 1.029, de 20 de maio de 2014 (BRASIL, 2014c), a n<sup>o</sup> 1.238, de 6 de junho de 2014, (BRASIL, 2014a) e a n<sup>o</sup> 2.436, de 21 de setembro de 2017, que é a Política Nacional de Atenção Básica mais recente, de 2017 (BRASIL, 2017a).

Além destes documentos, foram identificados o “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” (BRASIL, 2012a), publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012; o documento intitulado “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014), que descreve a experiência da equipe do Rio de Janeiro; e o “Documento Norteador dos Consultórios na Rua”, lançado pela gestão do município de São Paulo, em 2016, como uma forma de operacionalizar com maior respaldo institucional o processo de trabalho das eCR no município. Estes documentos foram inseridos no processo de análise da revisão dos documentos oficiais por serem os únicos publicados que se propõem a descrever o processo

de trabalho de uma eCR, podendo, assim, abordar os itens de interesse desta pesquisa (SÃO PAULO, 2016).

No que tange à abordagem das portarias quanto aos objetivos estabelecidos para as eCR, observa-se que a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), define as diretrizes e as modalidades das equipes a serem implantadas pelos municípios, além de indicar os profissionais que podem compor as equipes e os critérios de distribuição das equipes pelos municípios em função do censo da PSR (MACHADO, 2017a). Por sua vez, a Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, define do custeio em função das modalidades de equipes e do número de habitantes por municípios (BRASIL, 2012c). Já a Portaria nº 1.922, de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013b), altera a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, no que se refere à carga horária e à distribuição das equipes. A Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014, amplia o número de profissionais (BRASIL, 2014c) e a Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014a), fixa novos valores de custeio para as eCR (MACHADO, 2017b). Por fim, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que é a mais recente PNAB, passando a considerar os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na referida Política Pública. Cabe ressaltar que a PNAB de 2017 não altera em nada as definições da PNAB de 2011, tão pouco altera qualquer das ações legais das portarias anteriormente citadas.

A análise desse conjunto de documentos legais aponta como foco os aspectos de ordem burocrática, sem abordar questões referentes à organização do processo de trabalho, aos resultados desejados para o trabalho das eCR junto à população em situação de rua ou aos indicadores ou critérios que possam orientar o processo de monitoramento e avaliação.

Em 2012, foi lançado o “Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua” pelo DAB/MS, com o propósito de proporcionar orientação para os processos de trabalho da eCR. No referido Manual são elencados elementos que pretendem contribuir na organização das eCR, contudo, não há nada indicado sobre questões objetivas para a organização do processo de trabalho das equipes, estipulando apenas diretrizes gerais de trabalho (MACHADO, 2017b).

O Manual é composto por pontos como: o contexto histórico político e a caracterização da PSR; os problemas clínicos mais comuns; alguns relatos de experiências; e as estratégias de cuidado da própria eCR. Existem dois itens no material dedicados à proposição de questões para o processo de trabalho das eCR. O item que trata da abordagem e do acolhimento à PSR apresenta as possíveis barreiras que a eCR vai encontrar no seu

processo de trabalho: dificuldade no acesso às UBS, aos hospitais, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), aos medicamentos, às consultas especializadas e aos serviços especializados no cuidado a álcool e outras drogas e outros. Porém, aponta como possibilidade de enfrentar estes problemas: a humanização das ações e dos serviços, a responsabilização dos profissionais da rede e a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis do SUS (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017b). Todavia, não há proposta objetiva de estratégia de como humanizar, responsabilizar ou reorganizar as pessoas, os serviços ou a rede (MACHADO, 2017b).

No item alusivo às atribuições da equipe multiprofissional estão postas diversas competências que a eCR deve ter, entre elas: a capacidade de estabelecer vínculos e de realizar atendimentos individuais e em grupo; ter escuta ampliada e diferenciada; realizar articulação intra e intersetorial; ter registro das informações; realizar busca ativa; atuar na perspectiva da RD; e garantir a segurança do usuário (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017b). São muitas as questões e as expectativas colocadas neste Manual em relação às equipes, contudo, como são difusas em sua apresentação, não são apontadas formas concretas para que as eCR operem seu processo de trabalho, tornando difícil extrair objetivamente quais os objetivos e a resolutividade em relação aos usuários e à rede desejados para as eCR, na perspectiva deste documento, para além da garantia do acesso ao SUS. Apesar de o Manual situar o Consultório na Rua como uma equipe de AB, que tem em seu bojo responsabilidades em relação às ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, incluindo ainda como objetivo, desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, o foco dos seus capítulos é reservado ao tema do acesso da PSR ao SUS.

O tema da resolutividade no Manual está atrelado à necessidade da equipe estabelecer parcerias (com a rede local e com as eSB) e à necessidade da eCR organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões com as demais equipes, além de realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, sendo esta a única menção mais pragmática a estratégias de ampliação da resolutividade da eCR (BRASIL, 2012a).

Ainda no referido Manual, o tema do monitoramento e da avaliação emerge relacionado aos acompanhamentos dos casos de tuberculose e doenças crônicas, não ao

monitoramento das ações do Consultório na Rua e seus efeitos junto à PSR, ou mesmo junto à rede local (BRASIL, 2012a).

Outro documento lançado com a função de orientar o processo de trabalho das eCR é o “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014). O documento é resultado de uma pesquisa-intervenção participativa junto à equipe do Consultório na Rua do Rio de Janeiro/Centro (no material intitulado de “POP RUA”) publicada, em 2014, pela Rede HumanizaSUS, da PNH/MS (MACHADO, 2017a). O material traz em seu sumário duas linhas conceituais e de ações: I. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado com o território da cidade: o cuidado da equipe com o usuário do serviço, com o território da rua, com as redes institucionais e não institucionais; e II. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado com o território da equipe: o cuidado da equipe com seu próprio trabalho. Já nos itens referentes às metodologias são descritos conceitos que informam e orientam as ações da equipe (na perspectiva desta eCR do Rio de Janeiro), como: o acompanhamento longitudinal; a construção de vínculo; a promoção de autonomia; a cartografia constante do território/atuação na rua; a construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; a criação de referência; a escuta ampliada; a construção e a promoção de espaços de atendimento diversos; tensionar da rede; e ocupar e pautar os espaços políticos na cidade (MACHADO, 2017b).

O documento menciona que um dos objetivos do Consultório na Rua, em seu caráter político, é produzir acesso da PSR à saúde, incluindo ao mesmo tempo no SUS as formas de vida da rua. Assim sendo, além do campo da saúde, como uma intervenção na cidade e nas suas dinâmicas de exclusão, na luta por garantias de direitos e na transformação de práticas sociais (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014).

Quanto à resolutividade esperada, desejada ou mesmo possível para o Consultório na Rua, o referido documento não trabalha esta questão, mesmo quando descreve as diretrizes, as metodologias e os dispositivos, que organizavam a sistematização da experiência carioca. E as mesmas não são associadas no documento à ampliação da resolutividade da eCR, por exemplo.

Quanto à questão dos critérios de monitoramento e avaliação, no documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua” coloca-se que a experiência do POP RUA foi movida mais por diretrizes e princípios do que pelo alcance de metas, entendidas como metas quantitativas, mas também como lugares preestabelecidos a se quer chegar. Deste modo, reconhece a importância de metas e indicadores como elementos na

organização do processo de trabalho, porém afirma que estes elementos não organizavam a equipe, posto que, na perspectiva dos autores do referido escrito, o cuidado não é organizado por lugares predefinidos a se chegar (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014).

Em 2016, o município de São Paulo divulgou o “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” (SÃO PAULO, 2016), como uma forma de operacionalizar com maior respaldo institucional o processo de trabalho das eCR no município. Este documento apresenta múltiplos aspectos do trabalho com a PSR, sendo bem específico para a organização do processo de trabalho quando aborda os temas das estratégias de trabalho e das atribuições das categorias profissionais que atuam no Consultório na Rua. No documento estão contempladas a Política Nacional para a População em Situação de Rua e suas Diretrizes; as características sociais e os Censos no Município de São Paulo (aspectos demográficos, tempo de rua, trabalho e renda, saúde, uso de álcool e drogas, internação em instituições, violências, alternativas de pernoite, cidadania e saída da rua); as Políticas Públicas para a Atenção à População em Situação de Rua; Consultório na Rua: caracterização, público alvo, processo e estratégias de trabalho (caracterização, público alvo, processo de trabalho, estratégias de trabalho e orientações para a ação); cadastramento; registro do cuidado; educação permanente; atribuições gerais das equipes dos Consultórios na Rua; atribuições dos profissionais; gestão compartilhada do consultório na rua: o “GT Pop Rua”. No item referente às estratégias de trabalho e as orientações para a ação, bem como ao alusivo às atribuições gerais e específicas por categoria profissional, cabe mencionar o destaque dado à pertinência para o trabalho da eCR do acolhimento, do matriciamento e do trabalho em rede, como elementos estratégicos para a condução satisfatória do processo de trabalho da eCR, assim como o apontamento das atribuições específicas para a equipe (SÃO PAULO, 2016).

Ao abordar a questão do objetivo das eCR, é indicado diversas vezes no “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” de que o objetivo da equipe é ampliar o acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial, integrando e articulando as ações com os diferentes serviços, sendo porta de entrada para o SUS, além de dar visibilidade às demandas dessa população (SÃO PAULO, 2016). A forma como é abordada a questão conduz a uma leitura em que o Consultório na Rua é uma “ponte” entre a rua e a rede, sem ênfase no caráter de equipe de cuidados integrais que a eCR é. A ideia de ser porta de entrada articuladora pode promover uma perspectiva que coloca a equipe distante da sua dimensão cuidadora, o que pode ter efeitos sobre a resolutividade da equipe, tendo em vista que se a

função é ser porta de entrada e articular, as ações de cuidado diretamente promovidas pela equipe perdem a visibilidade.

Quanto à resolutividade das eCR, no “Documento Norteador dos Consultórios na Rua”, ao apresentar a proposta das atribuições gerais das equipes de Consultório na Rua, é indicado que os trabalhadores destas equipes possuem atribuições nas dimensões éticas e instrumentais, devendo, entre outros pontos, aumentar a resolutividade do cuidado, mas sem que haja qualquer indicação do como promover esse aumento. Assim como no documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua” (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014), o documento orientador das eCR paulistas não associa componentes da organização do processo de trabalho com a ampliação da resolutividade do Consultório na Rua (SÃO PAULO, 2016).

Os autores do “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” ao tratarem do tema dos indicadores ou critérios que informem o processo de monitoramento e avaliação, o fazem no mesmo item já citado, que é o que trata das atribuições gerais das equipes de Consultório na Rua, reforçando que os trabalhadores destas equipes devem participar de espaços de monitoramento de indicadores de qualidade e processo de trabalho sempre que solicitado pela Coordenação das Instituições Parceiras, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, porém sem indicar quais são os indicadores em questão (SÃO PAULO, 2015; 2016).

Analisando os documentos oficiais mapeados pela pesquisa, as portarias do Ministério da Saúde apresentam e discutem a caracterização da PSR, as formas de composição e o financiamento das equipes, os elementos gerais para orientar a carga horária das equipes, as diretrizes e os métodos gerais de trabalho, porém não estão postas as possibilidades concretas de funcionamento e organização do processo de trabalho das eCR, objetivos da equipe ou mesmo as expectativas quanto à resolutividade destas equipes, além de não definir indicadores ou critérios de monitoramento e avaliação para estas equipes. Apesar de ocorrer na PNAB o apontamento mais pragmático sobre os objetivos da AB e de suas equipes, tendo em vista as especificidades do público e da organização do processo de trabalho das eCR, há nos documentos do Ministério da Saúde uma valorização da dimensão do acesso, mas sem que outras dimensões importantes, como a resolutividade e o monitoramento e a avaliação dos efeitos das ações da AB junto à PSR, sejam indicadas.

Ainda sobre a análise dos documentos oficiais mapeados nesta pesquisa, analisa-se que há avanços nos documentos da gestão do município de São Paulo, bem como no da UFF/PNH/MS (Rio de Janeiro), quanto ao caráter propositivo das ações e ao processo de

trabalho da equipe em relação à PNAB (2017) e ao “Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua”. Entretanto, a base da construção são as realidades dos dois maiores municípios do País (com as especificidades de suas redes, trabalhadores, serviços e relações) e as descrições são fortemente marcadas por conceitos (cartografar, escuta ampliada, espaços de atendimento diversos, tensionar da rede, ocupar e pautar os espaços políticos na cidade, matriciamento e outros), com exceção do item no documento do município de São Paulo que trata das atribuições gerais da equipe e das categorias profissionais, em detrimento do “como” fazer na prática do dia a dia da equipe, ou o que se espera enquanto resultado do trabalho da equipe, seja na perspectiva dos usuários ou em relação à rede local (MACHADO, 2017b). Além disso, no “Documento Norteador dos Consultórios na Rua”, o Consultório na Rua é colocado em um lugar temeroso, que é o de ser porta de entrada e articulador, que não se compromete pragmaticamente com as ações de cuidado resolutivo, em relação às demandas da PSR. A ideia de porta de entrada no documento paulista parece a de uma “porta giratória”, que só faz girar, sem que as pessoas efetivamente “entrem” no Consultório na Rua. Por fim, no documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua” há uma clara desvalorização do processo de monitoramento e avaliação, reservando a este um lugar apenas o de “protocolar”.

#### 4.1.2 Revisão da literatura científica

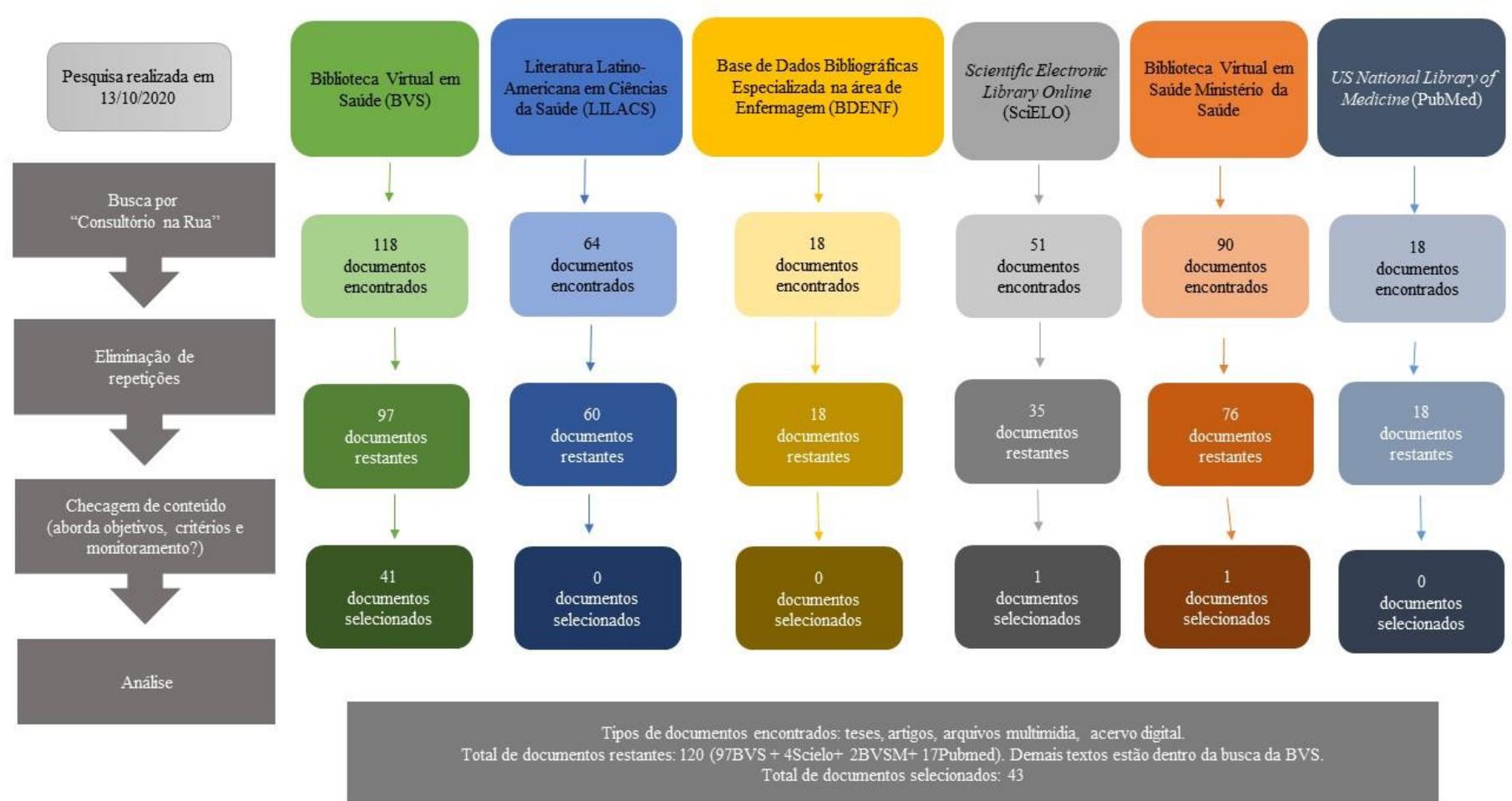
No total de 120 artigos analisados, a partir dos elementos que fazem parte dos objetivos deste estudo, houve uma busca no conjunto da bibliografia levantada dos temas sobre os objetivos do Consultório na Rua; as informações sobre a resolutividade esperada e/ou possível para estas equipes; e os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR. A escolha do termo “Consultório na Rua” foi devido à definição do estudo do processo de trabalho desta equipe específica e não, por exemplo, dos Consultórios de Rua, ou mesmo de cuidado à população em situação de rua, tendo em vista que este cuidado poderia estar situado em outros serviços ou equipes e não na AB, realizado especificamente pela eCR.

Sobre as bases de dados pesquisadas é oportuno detalhar que a busca da literatura com o descritor “Consultório na Rua”, no caso da busca realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), trouxe 118 resultados, no dia 13/10/2020. Dos 118 textos, excluindo os textos repetidos, teve-se 97 documentos disponíveis para leitura, sendo 55 artigos, 35 teses e sete documentos em arquivos multimídias. Utilizando-se do mesmo termo de pesquisa e no mesmo período, foram identificados 64 resultados no *site* da Literatura Latino-Americana em

Ciências da Saúde (LILACS) e excluindo os artigos repetidos, o resultado foi de 60 textos disponíveis para leitura, sendo 50 artigos e 10 teses. Por outro lado, na Base de Dados Bibliográficas Especializada na área de Enfermagem (BDENF) foram encontrados 18 textos, sendo 16 artigos e 2 teses, ambos sem repetição. A pesquisa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde Ministério da Saúde apresentou 90 textos e excluindo os textos repetidos, o resultado foi de 76 textos disponíveis (56 artigos, 18 teses, dois acervos digitais). Na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) foram identificados 51 resultados e excluindo os artigos repetidos, foram encontrados 35 artigos científicos. Por fim, na base de dados da *US National Library of Medicine* (PubMed) foram encontrados 18 textos, sendo um texto sobre a temática Consultório na Rua.

A Ilustração 2 apresenta o desenho da busca pelo descritor “Consultório na Rua” e seus resultados

Ilustração 2 – Representação gráfica do percurso e dos resultados da revisão integrativa de literatura.



Fonte: O autor, 2021.

Inicialmente, cabe frisar que, no universo de textos levantados pela busca (120 textos no total), a presença dos temas estudados (objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação) em 43 textos, sendo estes tão caros à AB, assim como para o SUS, parece ser um indicativo da necessidade de que novos estudos se dediquem aos temas em questão.

Neste contexto, foram encontrados 43 documentos que continham informações sobre os referidos temas. A seguir, são discutidos os principais achados, bem como foram consolidadas algumas análises no sentido de apontar por quais caminhos as publicações científicas têm traçado seus conceitos de objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação para os Consultórios na Rua. As análises da revisão de literatura do campo de estudo (processo de trabalho das eCR) serão ainda discutidas através do referencial teórico proposto para esta tese. Ao final, será apresentada uma visualização esquemática do conteúdo geral do conjunto dos 43 artigos trabalhados, Ilustração 30, que, devido à sua extensão, será disponibilizada como Apêndice.

#### 4.1.2.1 Sobre os objetivos dos Consultórios na Rua

A bibliografia visitada e analisada nas diferentes bases de dados possibilitou que o tema do objetivo dos Consultórios na Rua surgisse com diferentes perspectivas. Vale mencionar a importância da discussão sobre a noção de objetivos, sobretudo para equipes que trabalham com uma população objeto de muitas apreensões moralizantes, preconceituosas e estigmatizantes, fazendo com que os objetivos possam transitar da garantia de direitos para a “salvação” com muita facilidade.

Entre as muitas apreensões sobre quais são os objetivos das eCR, a questão do acesso ao SUS e à AB foi a mais presente. O acesso como objetivo dos Consultórios na Rua emerge em diferentes matizes. Uma expressiva parte dos artigos tratavam o tema do acesso, o traziam como sendo um objetivo da eCR para oportunizar o acesso da população em situação de rua (PSR) ao sistema de saúde (KAMI et al., 2016a; LIMA; SEIDL, 2017; ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; SIMÕES et al., 2017; CAMPOS, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018; FRIEDRICH et al., 2019; ARAÚJO, 2019; DUARTE, 2019; TIMÓTEO et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020). A noção de acesso e sua conexão como um dos objetivos do Consultório na Rua é uma ideia forte na literatura estudada.

A questão do acesso e de sua centralidade como um dos objetivos da AB está colocada por diversos autores do campo (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a).

Engstrom e colaboradores (2020) inserem a noção de acesso relacionada à necessidade da eCR compor a regulação assistencial, que gerencia o acesso a serviços especializados na RAS e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Incluem também a internação hospitalar, que necessita levar em consideração a situação de vulnerabilidade da PSR e a dinâmica da PSR que se organiza na lógica do “aqui e agora”, evitando, assim, a perpetuação do acesso da PSR pelos serviços de emergência e pronto atendimento ao invés da AB (VARGAS; MACERATA, 2018; ENGSTROM et al., 2020).

A coordenação do cuidado é uma das tarefas da AB e um processo que exige uma ação articulada e conjunta entre os profissionais do primeiro nível de acesso ao sistema e a rede local (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017a). Nesta discussão sobre a coordenação do cuidado e a regulação assistencial, uma questão se coloca no caso dos Consultórios na Rua, a da disponibilidade das informações como uma via de mão dupla (STARFIELD, 2002; SHIMAZAKI, 2009), tanto dos demais serviços da rede local para a eCR quanto da eCR para a rede como um todo. A literatura reforça a contribuição dos sistemas informatizados (como no caso do e-SUS) para a coordenação da atenção, sobretudo com o compartilhamento de informações entre AB e a rede (STARFIELD, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

Timóteo e colaboradores (2020) apresentam o tema do acesso na relação que estas equipes devem ter como porta de entrada da PSR no sistema de saúde e sua rede de serviços (CAMPOS, 2018; BITTENCOURT et al., 2019). Barbara Starfield (2002) reitera que a facilidade de acesso à APS se constitui como um elemento estrutural para que a primeira atenção aconteça. A mesma perspectiva para o tema do acesso é apresentada por Friedrich e col. (2019), acrescida da importância da eCR também favorecer o acesso ao SUAS. Os autores frisam que este acesso deve respeitar as escolhas da PSR, viabilizando direitos e cidadania.

Vargas e Macerata (2018) apresentam o acesso como um dos objetivos da eCR, vinculando-o ao acesso à AB, devendo ser ativo e, no caso da eCR, acontecendo no próprio ambiente das ruas, o que favorece a criação de vínculos com a eCR e com as demais ofertas da AB, evitando, assim, que o acesso da PSR ao sistema de saúde aconteça pelos serviços de urgência e emergência. Além disso, os referidos autores associam o acesso oportunizado pela eCR para a PSR como uma efetivação do princípio da equidade no SUS (VARGAS; MACERATA, 2018).

Outra perspectiva apresentada por Duarte (2019) é a associação entre o acesso e o tensionamento da rede. Para a autora, o Consultório na Rua levar a cabo como objetivo favorecer o acesso da PSR ao sistema de saúde traz consigo uma tensão para os serviços e suas equipes, movida pela chegada do inusitado, do que não cabe no serviço, ou melhor, daquele para o qual os serviços e seus trabalhadores não estão preparados para interagir, acolher e, em última instância, despreparados para cuidar (DUARTE, 2019).

Ser a ponte entre a rua e os serviços de saúde e fazer a costura com a rede local, para que esta possa receber a PSR, é mais um dos sentidos atribuídos à noção de acesso encontrada na literatura (DUARTE, 2019). A literatura aponta, ainda, que é fundamental que os serviços e os trabalhadores da rede acolham a PSR, levando em consideração as singularidades de suas demandas e necessidades (DUARTE, 2019; ARAÚJO; SCHRAMM, 2017).

Araújo e Schramm (2017) trouxeram a questão do acesso atrelada à reorientação dos serviços de saúde da rede para que atuem na prevenção, promoção e atenção, com enfoque na integralidade das ações e na perspectiva de um cuidado ampliado às populações mais vulneráveis, considerando o contexto sociopolítico em que os serviços se inserem, bem como com as peculiaridades culturais locais (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017). Os mesmos autores nos alertam que o surgimento da eCR se dá devido à existência de bloqueios formais e informais ao acesso da PSR ao SUS e, em especial, aos serviços da AB (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; VARGAS; MACERATA, 2018).

A PNAB 2017 aborda de modo bastante direto a necessidade das equipes oportunizarem ações que envolvam a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, a vigilância em saúde e outras dimensões, desenvolvidas sempre na perspectiva de práticas pautadas pela lógica da integralidade e baseadas na escuta dos territórios locais, com suas características singulares (BRASIL, 2017a), reforçando o que Starfield denomina como competência cultural (2002).

Já Simões e colaboradores (2017) colocam a noção de acesso, ao menos na experiência das eCR do estado da Bahia, como um objetivo bastante específico, sustentando os objetivos dos Consultórios de Rua (2010), com o foco no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial. Neste sentido, a tarefa da eCR seria a de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, especialmente os segmentos mais vulneráveis e consumidores de crack, sempre por meio de ações na rua, sem mencionar os atendimentos nas UBS (SIMÕES et al., 2017).

Além da questão do acesso, outras questões foram elucidadas pela revisão de literatura do campo de pesquisa, associadas aos objetivos dos Consultórios na Rua. Entre os objetivos mapeados na literatura está o do reforço da eCR como uma estratégia de atendimento integral à saúde para a PSR (CAMPOS, 2018; MARIANO, 2020), como uma equipe multiprofissional, que atua de modo descentralizado, proporcionando atenção integral e longitudinal a partir das diretrizes da AB (CAMPOS, 2018; BITTENCOURT et al., 2019; MARIANO, 2020). Os temas da integralidade, da multiprofissionalidade e da longitudinalidade são tremendamente ressaltados por Starfield (2002) e pela PNAB (BRASIL, 2017a).

Outro elemento importante que emergiu da literatura do campo é que o Consultório na Rua não deve ter por objetivo que as pessoas saiam das ruas, mas sim garantir cuidados e atenção integral, proporcionando qualidade de vida para a PSR (FRIEDRICH et al., 2019).

Araújo (2019) indica que um dos objetivos da eCR pode ser promover modificações, mesmo que momentâneas, nos demais serviços da rede que atuam nas cenas de uso de crack, por conta de seu funcionamento baseado no encontro entre diferentes/heterogêneos (profissionais/trabalhadores e usuários), encontros entre uma equipe de saúde aberta e disposta a transformar-se e pessoas dispostas a usarem-no de acordo com suas demandas e necessidades, favorecendo a disponibilidade de uma equipe com o cuidado livre de estigmas e facilitador do relacionamento terapêutico (ARAÚJO, 2019; BITTENCOURT et al., 2019).

Ser a equipe prioritária para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo para a PSR com a RAS, atuando na perspectiva da clínica ampliada, são os objetivos apontados por Bittencourt et al. (2019).

Campos (2018) é bastante específico quando refere os objetivos do Consultório na Rua como sendo os de desenvolver e ofertar ações no campo da AB e da Saúde Mental junto à PSR in loco, de forma itinerante e compartilhada (com outros pontos de atenção à saúde) e as ofertas de cuidado de saúde englobando: consultas médicas e de enfermagem, além de outras especialidades apoiadas pelos NASF AB; grupos de educação em saúde; vigilância em saúde; acompanhamento para outros serviços; e parceria com equipamentos sociais (abrigo, higiene, alimentação, documentações, capacitações para o trabalho, etc.) (CAMPOS, 2018).

Além do cuidado no campo da Atenção Básica/Primária em Saúde, Vargas e Macerata (2018) apontam como um dos objetivos das eCR o de buscar a proteção contra os riscos, combinada com a busca da garantia de seus direitos. Além disso, os autores insistem que o Consultório na Rua é uma equipe de AB específica para atender a PSR e não uma equipe especializada, tendo em vista que não há a existência de nenhum tipo de “especialização” para

acolher e atender as demandas de saúde da PSR, que pode e deve ser acolhida e atendida por todas as demais equipes de AB (na verdade por todas do SUS) (VARGAS; MACERATA, 2018; ARAÚJO; SCHRAMM, 2017). Outro ponto citado como um objetivo das eCR pelos autores é colocar em análise as práticas em saúde de um território, dado o seu modo de atuar, que pode revelar como os demais serviços e equipes da rede local cuidam ou não da PSR (VARGAS; MACERATA, 2018).

Magalhães (2018) defende que um dos objetivos da eCR, que é parte essencial do trabalho das eCR, é o de ativar os territórios existenciais nos encontros que vão se produzindo cotidianamente entre a equipe e os usuários, saindo de lógica da UBS e encontrando com a vida e sua complexidade nas ruas, sobretudo com o trabalho dos agentes sociais (MAGALHÃES, 2018). Proposta de trabalho que reforça a característica de equipe de AB.

Para Lima e Seidl (2017), os principais objetivos da eCR são: minimizar a vulnerabilidade social, o sofrimento físico e mental; reduzir os riscos e danos à saúde; desenvolver ações de promoção da saúde e cuidados básicos no “espaço da rua”; e garantir o resgate da cidadania e respeito a essa população altamente estigmatizada (LIMA; SEIDL, 2017). As autoras ressaltam que o foco das equipes é a RD e não a abstinência, tentando com isso reduzir os preconceitos, minimizar o sofrimento, valorizar o respeito para com o outro, construir uma rede de atendimento e integrar com as políticas de Saúde Mental (LIMA; SEIDL, 2017).

Atuar na perspectiva e com as práticas da RD foi destacado por diferentes autores como um dos objetivos das eCR (BRASIL, 2011b; 2017a; ABREU; OLIVEIRA, 2017; ABREU, 2017). A RD é entendida como uma estratégia de ampliação da vida, por trabalhar questões relacionadas à saúde geral e não somente questões relacionadas ao uso de drogas, além de sensibilizar à PSR para o engajamento, no autocuidado em saúde e na vida social, principalmente no seu reconhecimento como sujeito de direito (ABREU, 2017).

A Redução de Danos é tratada na Política Nacional de Atenção Básica como parte da definição da Atenção Básica, como elemento que fortalece a lógica do cuidado integral, na garantia da alteridade como ponto fundamenta da organização do processo de trabalho, como uma estratégia, uma tecnologia de cuidado, como elemento para a construção de ações mais resolutivas e por fim, como instrumento de sustentação da promoção de saúde e da prevenção de agravos.

A leitura da RD pelas lentes da PNAB 2017 (BRASIL, 2017a) pode depreender duas dimensões: uma “dimensão ética”, pautada pela promoção de autonomia das pessoas e coletividades; pela alteridade; pela legitimação e respeito ao outro, considerando os processos

singulares dos sujeitos, além de suas múltiplas inserções socioculturais; pela promoção de saúde e pela prevenção de agravos; pela lógica da integralidade do cuidado, atenta à responsabilidade pela oferta de serviços que reconheçam e interajam com as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais; e uma “dimensão instrumental”, que se ocupa da operação dos saberes e das práticas da RD na perspectiva das abordagens, das técnicas, do manejo e da gestão de diferentes tecnologias de cuidado, operando diagnósticos, tratamentos, reabilitações e cuidados paliativos no campo da atenção, do cuidado e da manutenção da saúde.

A autonomia foi o objetivo da eCR evidenciado por Cardoso et al (2017). Os autores destacam também que a eCR deve produzir uma “clínica em movimento”, marcada por uma constante reflexão e não restrita a determinados *settings* (CARDOSO et al., 2017).

Para Engstrom e col. (2020), o objetivo de lidar com as inúmeras cargas de doença, de modo resolutivo, é um desafio mais radical para a eCR do que é para as eSF. A autora ressalta, ainda, que o apoio para as equipes e os serviços da saúde e da rede intersetorial também é um dos objetivos da eCR (ENGSTROM et al., 2020). O matriciamento, o trabalho colaborativo e a construção de planos terapêuticos em conjunto com as eSF, em especial no espaço físico da UBS, mostraram-se efetivos na aproximação da eCR com as demais equipes de AB, sobretudo na construção de planos terapêuticos sobre os casos de saúde mental, uso de álcool, violência familiar/social, não adesão a terapêuticas ou mesmo em atendimentos a situações de urgências/emergências de usuários domiciliados sob o cuidado das Estratégia Saúde da Família (ENGSTROM et al., 2020). Para a autora, o compartilhamento de casos e planos conjuntos de trabalho foi considerado como reconhecimento do trabalho das eCR (ENGSTROM et al., 2020).

Outro objetivo elucidado por Engstrom et al. (2020) é o de realizar ações intersetoriais, articuladas com outros equipamentos de saúde, construindo assim ações na perspectiva da integralidade do cuidado e da resolutividade da atenção. Todavia, também destacam que o trabalhar articulados com a rede proporciona, de igual maneira, tensões, dificuldades e barreiras no processo de trabalho das eCR (ENGSTROM et al., 2020).

#### 4.1.2.2 Sobre a resolutividade do Consultório na Rua

A revisão bibliográfica sobre o campo fez emergir um conjunto de sentidos, saberes e práticas ligados à noção de resolutividade quando referida ao Consultório na Rua. Apesar de na maior parte da literatura estudada os pontos aqui apresentados e discutidos não tenham

sido nomeados como “resolutividade”, as ideias, as proposições, as experiências e os conceitos indicavam possibilidades da eCR ampliar a sua capacidade de interagir com as demandas e necessidades da PSR.

O cuidado em seus múltiplos sentidos relacionado à noção de resolutividade emergiu em diversos trabalhos revisados, sobretudo reforçando o Consultório na Rua como uma equipe de AB que, além de ofertar o acesso, deve ser resolutiva com suas ofertas de cuidado direto junto à população em situação de rua. Tendo em vista que muitas vezes a noção de acesso pode induzir, no caso das eCR, a equipe assumir uma função de “ser ponte” entre a rua e o SUS, há o risco de, neste processo, a resolutividade se reduzir a apenas fazer a passagem dos usuários para outros serviços da rede de saúde, sem ofertar ela mesma o cuidado para a PSR (CRUZ; VARGAS, 2015; ALECRIM et al, 2016; MACEDO; MACHADO, 2016; SILVA; LIMA; SEIDL, 2017; PAULA et al., 2018; MACHADO; RABELLO, 2018; CARDOSO et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020).

A importância do acesso para a construção da resolutividade foi ressaltada pela literatura do campo da AB, em especial por ser o primeiro passo no processo de vinculação aos serviços e às equipes, sendo que no caso da PSR o acesso é a primeira barreira de entrada no sistema de saúde (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA, 2007).

Para Engstrom e col. (2020), a possibilidade de utilizar a “carteira ampliada de serviços de saúde” disponível na AB pode reforçar a dimensão da integralidade do cuidado para as eCR, sendo um modo de ampliar a resolutividade da equipe (ENGSTROM et al., 2020). O desenvolvimento de ações individuais e coletivas, a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde dentro do contexto da PSR, bem como o descrito na PNAB 2017, são, para Timóteo e colaboradores (2017), um modo de afirmar as possibilidades resolutivas da eCR (BRASIL, 2017a; TIMÓTEO et al., 2020).

Porém, Granja e Lima (2020) ressaltam que a priorização das ações assistenciais individuais sobre as ações coletivas pode limitar os resultados à atenuação dos estados e condições de vulnerabilização, pois podem reforçar estratégias de cuidado individualizantes e atomizadas. Isso desprestigia a construção de laços mais amplos de proteção e cuidado entre a PSR. Os autores observam, ainda, que a ênfase na educação e na prevenção primária parece ser indispensável e o caminho mais eficaz, haja vista a ampla exposição dessa população aos fatores de risco (GRANJA; LIMA, 2020).

Vale e Vecchia (2019) elucidam que a orientação sobre os direitos da PSR, o agendamento de consultas e exames e a retirada de documentos contribuem para a

resolutividade da eCR, indicando ainda que estas atividades vão requerer uma articulação intersetorial e uma rede que atue de forma integrada, visando garantir o acesso aos direitos sociais por esse público (VALE; VECCHIA, 2019).

A disponibilidade dos trabalhadores do Consultório na Rua para acompanhar os usuários encaminhados para os serviços de alta complexidade ou mais distantes é um ponto evidenciado por Granja e Lima (2020) como uma estratégia de ampliação da resolutividade da equipe (GRANJA; LIMA, 2020). Essa disponibilidade é descrita pelos autores como positiva, porém ela é fruto de situações negativas, tais como a preocupação da eCR com o tratamento que será dado à PSR (muitas vezes permeados por estigmas e preconceitos) e com a dificuldade do usuário em expressar as suas demandas e necessidades (GRANJA; LIMA, 2020).

Para Araújo (2019), o aumento da resolutividade da eCR está ligada a compreender esta equipe além do contexto das ruas, mas também como integrante de uma rede de serviços, com circunscrições administrativas, o que significa dizer que será necessária a construção de desenhos dos fluxos entre os serviços da rede para o caso de encaminhamentos necessários no cuidado e na atenção para a PSR (ARAÚJO, 2019). O tema das redes atrelado à resolutividade também é ressaltado por Cardoso e col. (2018), quando relatam que o acesso aos serviços da RAS é uma “necessidade complexa”, pois envolve diversas dimensões que escapam à RAS, como a necessidade de ter uma habitação e segurança pública e de fazer parte do programa de assistência social, mas também em relação às demandas para o setor saúde, como as por marcação de consulta, exames, acompanhamentos a outros serviços, ainda têm sido um entrave para o trabalho das eCR, dificultando maiores chances de resolubilidade das necessidades desses usuários (CARDOSO et al., 2018).

D’Aguiar (2001) alerta que a existência de uma rede articulada e organizada para o compartilhamento do cuidado é fundamental para a ampliação da resolutividade na AB, além de proporcionar também a continuidade do cuidado e a integralidade. Os autores mencionam também a necessidade de parceria entre o setor saúde e os diversos outros setores da sociedade, na construção da intersetorialidade, também determinante para a ampliação da resolutividade (D’AGUIAR, 2001; MACHADO, 2017b).

Outro ponto relacionado à resolutividade da eCR é o que Duarte (2019) denomina de “persistência acolhedora”. Para o autor, o termo designa um modo de acolhimento e a busca ativa, com enfoque no espaço da rua, baseados nas relações de confiança, respeitando o momento de cada usuário, para o qual o trabalhador da eCR não desiste, mesmo sem ter tido resultados por vezes nada concretos nesses primeiros encontros, reforçando a aposta da AB na

noção de longitudinalidade (DUARTE, 2019). Alecrim e colaboradores (2016) também ressaltam a característica da persistência como elemento que amplia a resolutividade. Para a autora, a eCR tem a capacidade de motivar para a mudança, respeitando o tempo do outro, respeitando a liberdade de escolha. Porém, Alecrim e colaboradores (2016) também alertam que os trabalhadores são afetados pela “naturalização” de que a PSR é sempre necessitada, entendendo o banho, o vale-transporte e a cesta básica como recompensas para a adesão às propostas da equipe e a continuidade do usuário no tratamento, crendo que tais "recompensas" contribuem positivamente para o vínculo profissional e o serviço de saúde, o que para os autores pode exacerbar a dependência entre os usuários e a equipe (ALECRIM et al., 2016).

A divisão das atividades da eCR por microáreas, com trabalhadores específicos em cada microárea, atuando em dias fixos da semana, é uma estratégia de vinculação com a PSR (rotina de território), exatamente como é realizado pelas eSF e como é orientado para o processo de trabalho da AB, ampliando assim a resolutividade da equipe (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SANTOS; CECCIM, 2018; MAGALHÃES, 2018). Sobre estes aspectos, Vargas e Macerata (2018) complementam que também é preciso organizar o espaço da sede (UBS) como um espaço de acolhimento para os usuários, onde os fluxos do espaço se adequem à rua: flexibilização e alteração dos horários de funcionamento, dos documentos exigidos para atendimento, dos modos de ouvir, falar e orientar, enfim, acolher, reforçando também que a resolutividade do Consultório na Rua será necessária nas ruas e na UBS (VARGAS; MACERATA, 2018).

Ainda sobre a organização de um processo de trabalho mais resolutivo, Magalhães (2018) relata que as idas das eCR às ruas são sempre realizadas com uma demanda definida, seja cadastrar novos usuários seja acompanhar algum usuário ou grupo específico. Porém, o autor adverte que nas ruas surgem muitas demandas que escapam às possibilidades da eCR, pois não há como dar conta de toda complexidade que atravessa as ruas e as pessoas que se relacionam com ela. O autor adverte também que na tentativa de “dar conta” da referida complexidade o Consultório na Rua pode deixar empreender uma tentativa do controle da vida dos usuários. Essa é a contradição e o paradoxo dessa estratégia. Para o autor, tanto os profissionais quanto os pesquisadores estão nessa encruzilhada (MAGALHÃES, 2018).

Campos (2018) reforça que a relação sistemática entre os estudantes (Instituições de Ensino e Pesquisa - IEP) e os grupos populacionais que não utilizam a UBS em dias e horários úteis, ofertando exames de Papanicolau, testagem rápida de HIV, grupo de planejamento familiar e distribuição de material informativo e de preservativos, sobretudo nos dias e horários que o Consultório na Rua não está trabalhando, ampliando com isso as

possibilidades de acesso e cuidado junto à PSR, é uma estratégia de expandir a resolutividade da eCR (LIMA, 2015; CAMPOS, 2018).

Para Vargas e Macerata (2018), as dimensões invisíveis, entendidas como as dinâmicas relacionais que usuários ou grupos estabelecem num determinado território e quais os lugares que estas dinâmicas ocupam nas vidas dos sujeitos envolvidos (lugares afetivos e simbólicos), devem ser consideradas para a organização de um processo de trabalho da eCR mais resolutivo (VARGAS; MACERATA, 2018). Cardoso e colaboradores (2018) também valorizam as tecnologias relacionais (construção de vínculo) como elemento na ampliação da resolutividade, contribuindo para driblar as carências estruturais do cuidado na rua. Relatam, ainda, que os enfermeiros entrevistados para o artigo apontaram a equipe multiprofissional e interdisciplinar como elemento do trabalho fundamental e integrador neste processo de valorização das dimensões relacionais (KAMI et al., 2016b; MACEDO; MACHADO, 2016; CARDOSO et al., 2018).

A inclusão do profissional odontólogo no Consultório na Rua foi apontada com um elemento que oferece uma composição de equipe potencialmente mais resolutiva, por agregar a saúde bucal aos já presentes saberes e práticas da AB e do campo da atenção psicossocial (SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018).

Magalhães (2018), na discussão sobre a ampliação de estratégias que possam tornar a eCR mais resolutiva, insere a questão dos espaços de discussão do processo de trabalho e das estratégias de cuidado, como as reuniões semanais das eCR (com todos os integrantes da eCR, passo importante para a construção da grupalidade no interior da equipe), as quinzenais entre as eCR e o NASF e as reuniões para a educação permanente, também com frequência quinzenal (MAGALHÃES, 2018). As atividades periódicas de educação permanente foram reforçadas por Silva, Monteiro e Araújo (2018).

A literatura sobre a resolutividade na AB aponta o trabalho em equipe como um ponto importante para o aumento da resolutividade, tendo em vista que as práticas colaborativas, reforçadas pelas trocas de experiências (com destaque para as experiências clínicas) entre as diferentes categorias profissionais, possibilitam maior apropriação sobre os casos, a comunidade e o processo de trabalho, elementos que potencializam a capacidade das equipes em se relacionar e resolver as demandas de saúde da AB (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Magalhães (2018) questiona a conexão entre a resolutividade e a saída das ruas. O autor problematiza que a ideia de que “um trabalho resolutivo de uma eCR deve fazer as pessoas voltarem para casa” está no imaginário social, assim como a ideia de que as pessoas devem se fixar, morar em casas, afirmando este como um pensamento moral e normatizante,

que não comporta a singularidade desse modo de vida, possivelmente mais livre e coletivo (MAGALHÃES, 2018).

Para que a eCR possa ser mais resolutiva é necessário realizar a análise da situação de saúde da PSR local, para orientar as ofertas da eCR nos espaços da própria rua, entre elas consultas de psicologia, de enfermagem, médicas e de serviço social (PAULA et al., 2018). Os autores relatam que uma eCR também pode ofertar procedimentos, como a realização de curativos, pré-natais, testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites virais, a mensuração de glicose, a aferição de pressão arterial, a observação direta da tomada de medicamento para o tratamento da tuberculose, os serviços de educação em saúde e outros (PAULA et al., 2018). Os autores observam que a demasia de ofertas de atendimentos previamente agendados distanciava os sujeitos de seus processos de cuidado, não gerando resultados satisfatórios. Ainda em relação ao tema do local e dos modos de atendimento, Paula et al. (2018) observaram que a permanência da PSR na UBS, por tempos longos, gerava uma ansiedade relacionada, sobretudo, a preocupações alusivas aos horários das refeições nas unidades de abrigo, ao compromisso com fontes informais de renda e às dificuldades de adaptação às normas sociais preconizadas pelas equipes de saúde, tornando necessário que o processo de trabalho seja pautado pelo acesso nas demandas espontâneas, com um maior equilíbrio dinâmico entre as demandas programadas e espontâneas e que em nenhum dos casos haja a obrigatoriedade de documentação original da PSR para os atendimentos de saúde (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018).

Machado e Rabello (2018), quando discutindo o tema da resolutividade das eCR, ressaltam que o uso de protocolos clínicos da AB e as articulações intersetoriais para definir os limites de resolutividade de cada ponto de atenção da rede são elementos importantes para a construção de um processo de trabalho resolutivo para a eCR. Os autores alertam que se a eCR não conseguir ofertar concretamente ações de cuidado para a população que atende e a maior oferta da equipe for o encaminhamento, provavelmente isso será um problema em potencial na construção da credibilidade junto à PSR e também junto à rede (MACHADO; RABELLO, 2018).

Orientar as ações cotidianas da eCR baseando-se na RD é outro elemento trazido como estratégia de propiciar cuidado com a participação dos usuários, incluindo-os nos processos de cuidado de maneira ativa e responsável, baseando as ofertas da equipe nas demandas da clientela atendida, reforçando a escuta, o diálogo e o respeito aos direitos humanos, possibilitando à eCR ser mais resolutiva (LIMA, 2015; LIMA; SEIDL, 2017; SIMÕES et al., 2017; ENGSTROM et al., 2020).

Araújo e Schramm (2017) propõem um conjunto de “princípios de uma clínica nas ruas”, com o propósito de facilitar com que a eCR possa “engrenar-se” à criatividade existencial das vidas nas ruas, que podem contribuir para uma atuação mais resolutiva. O primeiro princípio é o da subtração, aqui o crack é “subtraído” como o inimigo, como se existisse uma droga com um problema em si, descolada de um conjunto de relações. Nessa perspectiva, a equipe sabe da existência das drogas, conversa sobre elas, mas não as coloca no centro da clínica, mas sim as pessoas em suas múltiplas dimensões, no esforço de “não colocar o crack onde ele não está”. O segundo princípio é o da passagem, aqui definido pela busca de fazer algo passar, o que implica em uma postura clínica ativa interessada em escutar o outro do lugar da alteridade, a partir da pergunta “você está precisando de alguma coisa da área da saúde?”. Procurando brechas, passagens, fissuras nos discursos e meios de possibilitar que outras respostas e questões possam emergir a partir da pergunta “você está precisando de alguma coisa da área da saúde?”, que não sejam o repetido “parar de usar drogas”, mas sim, novamente (como no primeiro princípio) outras demandas e outros modos de existir. O terceiro princípio é o do engate, que significa engatar-se a uma existência como um componente, não a fazer girar a seu redor. Este princípio é derivado dos dois primeiros e segue interagindo com as múltiplas possibilidades de respostas à pergunta “você está precisando de alguma coisa da área da saúde?”, sejam estas respostas um longo silêncio, uma lágrima, um sorriso, uma história de vida ou um “não”. As respostas dos usuários têm a potência de impulsionar o Consultório na Rua para lugares desconhecidos, que vão exigir da equipe disponibilidade e atenção para engatar-se nos usuários e seus movimentos (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017).

Souza, Pereira e Gontijo (2014) também propõem uma “clínica de rua”, em que a eCR está sempre se adequando à dinâmica local, construindo o seu *setting* terapêutico de modo desterritorializado, com tecnologias livres e baseado no vínculo e no acolhimento. A equipe deve conhecer as especificidades da população que será atendida e considerar sempre as características do território e seus contextos. Assim, a sistematização das ações da eCR no cotidiano é feita a partir das reuniões de planejamento da equipe antes e depois das atividades nas ruas (definindo o que será feito, as áreas de ação e as ferramentas que serão utilizadas), do monitoramento e do mapeamento das regiões com maiores grupos de PSR. Os autores relatam que após o mapeamento do território iniciam-se as aproximações e as abordagens aos usuários, com a estratégia denominada “paquera pedagógica”, na qual o profissional da eCR fica parado com o instrumento musical até alguém do grupo ter interesse e aproximar-se (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Meyer (2014) também afirma que as estratégias

mediadas pela arte são significativas para ampliar a resolutividade da eCR, funcionando como meio de expressão, descoberta de habilidades adormecidas e resgate da autoestima (MEYER, 2014).

O matriciamento, trabalho colaborativo<sup>6</sup> com características clínicas e pedagógicas concomitantes, foi apontado como uma estratégia de qualificação e ampliação da resolutividade do Consultório na Rua (SIMÕES et al., 2017; ENGSTROM et al., 2020). Lima (2015) reforça a relevância da articulação e do apoio entre os profissionais, de modo a propiciar segurança e confiança para a realização do trabalho na rua, minimizando os desafios dessa prática (LIMA, 2015).

A concepção epistemológica e organizacional da clínica ampliada foi evidenciada por Ferreira, Rozendo e Melo (2016) como um ponto significativo para o aumento da resolutividade da eCR, pois a perspectiva da clínica ampliada projeta-se para além das doenças ao inserir no cuidado diversas questões que envolvem a vida e a vulnerabilidade das pessoas (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016). Os autores reforçam que a atuação da eCR gira em torno da utilização dos recursos ao alcance da população e dos profissionais, privilegiando o trabalho intersetorial, agregando diversas instâncias além das instituições de saúde (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Autores como Merhy (1994) e Dagani orientam que ações resolutivas têm de oportunizar aos usuários um amplo rol de tecnologias de cuidado, objetivando promover um diagnóstico e um tratamento mais adequado a cada caso, recomendando também a associação de ações coletivas e individuais, pois cada vez mais os problemas de saúde transcenderão os sujeitos individualmente (MERHY, 1994; DAGANI, 2002).

A construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) como estratégia de dar maior resolutividade aos Consultórios na Rua foi ressaltada por diversos autores (MEYER, 2014; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; MACEDO; MACHADO, 2016). Os PTS são baseados nas histórias de vida dos usuários, nas condições de vida, nas necessidades, nos desejos e outros

---

<sup>6</sup> O matriciamento ou apoio matricial é um modo de organizar a atenção e cuidado, envolvendo duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada e colaborativa, com o objetivo de construir uma proposta de intervenção que é simultaneamente terapêutica e pedagógica. O termo e a proposta do matriciamento foram formulados por Gastão Wagner de Sousa Campos (1999), como arranjos organizacionais e metodologia para gestão do trabalho em saúde (CHIAVERINI, 2011). Outros autores mapeados neste trabalho (como por exemplo, os mencionados nesta página), tratam algumas estratégias de cuidado com características semelhantes ao matriciamento, nomeando-as como trabalho colaborativo. Assim, neste trabalho, respeitaremos o termo utilizado por cada autor, mas considerando os termos “matriciamento” e “trabalho colaborativo” como tendo características semelhantes.

pontos. As orientações e a construção de estratégias de tratamento (PTS) ocorrem por meio de conversas em consultas na UBS ou nas ruas (MACEDO; MACHADO, 2016).

A flexibilidade na forma de organizar o processo de trabalho (na perspectiva dos serviços de baixa exigência) e a utilização de estratégias de simples densidade tecnológica, como a oferta de um cartão, em papel, com número de telefone, caso o usuário necessitasse de vínculo em situação de emergência clínica ou fosse abordado para o recolhimento das ruas por outros setores do poder público, são apontados como modos de aproximação com os usuários resolutivos no caso dos Consultórios na Rua (ENGSTROM et al., 2020).

#### 4.1.2.3 Sobre os critérios de monitoramento e avaliação

Os critérios para o monitoramento e a avaliação elencados na literatura sobre o campo de práticas dos Consultórios na Rua também foram objeto deste estudo. Semelhante ao procedimento realizado em relação à noção de resolutividade, aqui os termos monitoramento e avaliação raramente foram expressos nos artigos. Portanto, para fins de análise, foram elencadas as ideias e as práticas que indicassem possibilidades da eCR acompanhar os efeitos de suas ações em saúde, assim como a possibilidade de emitir alguns juízos de valor sobre estas mesmas ações em saúde. Cabe ressaltar que dos três temas estudados na revisão de literatura do campo, o tema dos critérios de monitoramento e avaliação foi o que teve o menor volume de menções.

O cadastro dos usuários (PSR) foi a questão mais levantada dentre as que remetem aos critérios de monitoramento e avaliação. Considerado como elemento fundamental para a organização do processo de trabalho do Consultório na Rua, o cadastro dos usuários (que formalmente só pode ser realizado no prontuário eletrônico da AB – e-SUS AB) foi mencionado na perspectiva de construir visibilidade sobre os saberes que a PSR tem em relação aos seus processos saúde-doença e que orientam as trajetórias de vida dos usuários. Além disso, o cadastramento pode produzir um diagnóstico das condições de saúde da população atendida e, posteriormente, um retrato epidemiológico do território (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; VARGAS; MACERATA, 2018; PAULA et al., 2018; GRANJA; LIMA, 2020; ENGSTROM et al., 2020).

As reuniões também mereceram destaque entre a literatura estudada no que tange aos elementos a serem monitorados e avaliados (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SANTOS; CECCIM, 2018; VALE; VECCHIA, 2019), como as reuniões entre a própria eCR, sobretudo para a discussão do processo de trabalho da equipe e nas quais o trabalhador pode expor suas

percepções, incômodos, ideias e estranhamentos (SANTOS; CECCIM, 2018); para discussões de casos clínicos; e as que antecedem e sucedem as atividades de campo (VALE; VECCHIA, 2019). Nos três tipos de reuniões mencionados a indicação é de reuniões regulares, com periodicidade definida (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Uma avaliação pode se debruçar sobre três pontos: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988; CHAMPAGNE et al., 2011). A proposta de que os diversos tipos de reunião do Consultório na Rua possam compor os critérios de avaliação do trabalho da equipe se encaixa na definição de avaliação de processo. Porém, não se pode esquecer dos outros dois pontos, que podem tentar avaliar a estrutura necessária para que as reuniões aconteçam e os efeitos das reuniões sobre a saúde da população atendida.

Outra questão mencionada sobre critérios de monitoramento e avaliação é que qualquer que seja a metodologia utilizada para a construção destes critérios é preciso considerar características quantitativas e qualitativas (elementos objetivos e subjetivos) (SANTOS; CECCIM, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018). No terreno das questões quantitativas foram elencados: o número de pessoas; a delimitação territorial; a descrição detalhada da etnografia do ambiente, das cenas, dos moradores, das percepções e das ações realizadas em campo; os dados epidemiológicos (tuberculose, Infecções Sexuais Transmissíveis (IST), como HIV, sífilis e hepatites virais, doenças de pele, úlceras em membros inferiores, problemas psiquiátricos e o uso abusivo de álcool e de outras drogas) que podem subsidiar a avaliação e o monitoramento das práticas; as situações concretas de violência; os recursos disponíveis no território; os dados clínicos, territoriais, culturais e da rede local; as consultas de pré-natal; e a proporção de homens e mulheres (SANTOS, 2013; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2017; VARGAS; MACERATA, 2018; MACHADO; RABELLO, 2018). Ainda no campo quantitativo, Engstrom e col. chamam a atenção para a necessidade do acompanhamento das informações sobre as mulheres em situação de rua, pois estão em condições mais vulnerabilizantes do que os homens, por conta da violência de gênero, dos estupros, da gravidez indesejada e da perda da guarda de seus filhos nascidos na rua (ENGSTROM et al., 2020).

Os diferentes modos de conceituar o processo de monitoramento e avaliação chamam a atenção para a complementariedade das dimensões qualitativas e quantitativas neste processo, incluindo a avaliação de políticas públicas (VAITSMAN; RODRIGUES; PAES-SOUSA, 2006; CHAMPAGNE et al., 2011; SANTOS, 2016; JANNUZZI, 2016).

Entre os elementos qualitativos que mereceriam a construção de critérios de monitoramento e avaliação surgiram: o acesso aos serviços de saúde e à rede; o

relacionamento entre os profissionais e os pacientes, como o respeito, a confiança e a percepção de competência; a satisfação do cuidado prestado; a integração com outros serviços; a continuidade do cuidado; a integralidade dos serviços de saúde; e a comunicação intersetorial (ALECRIM et al., 2016; PAULA et al., 2018). Ainda em referência às questões qualitativas que podem compor um conjunto critérios de monitoramento e avaliação para a eCR, Araújo e Schramm (2017) alertam que esta equipe funciona mais por princípios do que por metas quantitativas, relatando que “a produção é zero, mas existe produção” (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017).

Outro aspecto abordado é o do acompanhamento dos encaminhamentos, sobre como fazer com que fossem mais efetivos, para além de somente “dar o papel”, mas também acompanhar o processo junto aos serviços de saúde, à assistência social, à educação e a outros setores da rede (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Medeiros e Cavalcante (2018), em um âmbito mais amplo do sistema de saúde, sugerem o monitoramento do número de Consultórios na Rua implantados (em real funcionamento, atendendo a PSR) em relação às equipes credenciadas (com a liberação para funcionamento pelo Ministério da Saúde, mas ainda não implantadas) (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018). No campo da gestão de políticas públicas de saúde, o monitoramento e a avaliação são processos fundamentais para o acompanhamento dos efeitos de uma política específica, como é o caso dos Consultórios na Rua, proporcionando eventuais ajustes de rota, caso seja necessário (BRANCO, 2001; 2006; SANTOS, 2016), em todas as esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) (CRUZ, 2011; SANTOS, 2016).

Torna-se cada vez mais relevante no campo da saúde garantir a centralidade dos processos de monitoramento e avaliação, especialmente se considerados os desafios que enfrentam os sistemas de saúde universais, como: a mudança do perfil demográfico, devido ao crescente envelhecimento populacional; a ampliação dos gastos em saúde, em especial com o desenvolvimento tecnológico, acrescido da necessidade de viabilização de acesso equitativo; e a efetividade do sistema (CHAMPAGNE et al., 2011; SANTOS, 2016).

Engstrom e colaboradores (2020) chamam a atenção para a dificuldade de geração de informações pelos Consultórios na Rua, não permitindo conhecer informações elementares sobre a população assistida e, por consequência, impossibilitando avaliar e discutir os efeitos da atenção e do cuidado prestado pelas eCR, fragilizando as equipes junto à gestão, além de para a invisibilidade desse grupo populacional (ENGSTROM et al., 2020).

No amplo cenário de conceitos acerca do monitoramento e da avaliação em saúde, existe um consenso sobre a coleta e o acompanhamento sistemático de informações

(monitoramento), informações que possibilitam a construção de um juízo de valor sobre uma dada intervenção (avaliação), com a função de subsidiar a tomada de decisão da gestão (PATTON, 1997; SILVA, 2005; HARTZ, 2008; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SOUSA, 2018). Assim, a questão da geração e do acesso às informações sobre o trabalho dos Consultórios na Rua é um ponto central deste processo.

#### **4.2 Análise do cenário nacional dos Consultórios na Rua: processo de implantação e principais práticas registradas no prontuário eletrônico e-SUS AB (SISAB)**

Este tópico se dedica à apresentação e à análise do cenário de implantação dos Consultórios na Rua, apresentando a evolução das equipes ao longo do período 2012/2020, tendo como base de busca o CNES. Sequencialmente, é abordado o estado da arte do perfil profissional dos trabalhadores que compõem as eCR. Ao final, é apresentado e analisado um conjunto de dados levantados do prontuário eletrônico e-SUS AB (utilizado na AB, incluindo as eCR), mais especificamente as fichas de cadastro individual, atendimento individual e atividade coletiva. Espera-se com este tópico analisar o cenário nacional dos Consultórios na Rua, compreendendo o processo de implantação das eCR e as principais práticas registradas pelas mesmas nos sistemas competentes.

##### **4.2.1 O cenário de implantação dos Consultórios na Rua no Brasil**

O atual cenário de implantação de Consultório na Rua apresenta equipes nas cinco regiões do Brasil e em todas as capitais. A Ilustração 3 expõe o número de Consultórios na Rua implantados por ano, no período de 2012 a 2020 (competência 08/2020), conforme verificado no CNES (BRASIL, 2012d; 2013c; 2014d; 2015c; 2016a; 2017b; 2018a; 2019a; 2020a).

O CNES é o sistema de informação oficial do Ministério da Saúde para o cadastro de todos os estabelecimentos de saúde no País, bem como dos profissionais e das equipes de saúde. É uma ferramenta de gestão e referência cadastral de todos os estabelecimentos públicos, conveniados e privados de saúde, no território nacional. O cadastramento dos estabelecimentos, dos serviços e das equipes de saúde é realizado pelo gestor local (Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde). No caso dos Consultórios na Rua, cabe ao gestor municipal de saúde o cadastramento das equipes e dos profissionais.

Ilustração 3 – Número de Consultórios na Rua, por modalidade específica e ano.

ANO	eCR MI	eCR MII	eCR MIII	TOTAL
2012	8	26	13	47
2013	9	40	36	85
2014	24	50	47	121
2015	23	60	50	133
2016	27	59	52	138
2017	31	59	63	153
2018	37	61	64	162
2019	37	61	66	164
2020 <sup>7</sup>	53	62	56	171

Fonte: Brasil, 2012d; 2013c; 2014d; 2015c; 2016b; 2017b; 2018a; 2019a.; 2020a.

De acordo com a Ilustração 3, o atual cenário nacional de implantação dos Consultórios na Rua conta com 171 equipes (IPEA, 2020). No período 2012/2020, a taxa de crescimento das equipes foi de, aproximadamente, 264%, fato que reforça a necessidade de que outros estudos sobre o processo de trabalho dos Consultórios na Rua sejam realizados. O número total de municípios que podem implementar estas equipes é de 263, mas, atualmente, somente 91 municípios, nas cinco macrorregiões do Brasil, contam com os Consultórios na Rua na rede local (BRASIL, 2018a). A seguir, são apresentados os dados sobre as modalidades e as categorias profissionais que têm feito parte dos Consultórios na Rua, com base nas informações disponíveis no CNES.

#### 4.2.2 Modalidades e categorias profissionais

Na Ilustração 4 são apresentados os números de trabalhadores e eCR por modalidade no ano de 2012, quando as equipes começaram a ser implantadas. Nesse período, a proporção entre o total de equipes e o de trabalhadores indica que nas Modalidades I e II há a superação do número de profissionais exigidos pelas normativas legais que regulamentam as eCR. No caso da Modalidade I, que se exige quatro profissionais, a proporção é de 4,6. Para a Modalidade II são exigidos seis trabalhadores e a proporção verificada é de 6,8. Por fim, na

<sup>7</sup> No ano de 2020, a Secretaria de Atenção Primária, do Ministério da Saúde (SAPS/MS), passou a monitorar as modalidades de eCR não mais tendo como referência a portaria de credenciamento da equipe, que indicava a modalidade, mas sim a partir do número de profissionais que estão cadastrados no CNES em cada eCR. Assim, se a eCR estiver com quatro profissionais cadastrados no CNES, mesmo que a equipe tenha sido credenciada na SAPS/MS como Modalidade III (com sete profissionais), naquele mês ela será reconhecida como Modalidade I (com quatro profissionais). Se no mês seguinte a mesma eCR restabelecer os sete profissionais, passa a ser reconhecida novamente como Modalidade III. Esta metodologia foi estabelecida para que não haja interrupção de financiamento das equipes, aos moldes do que é realizado com as eSF, que na ausência de profissionais, passa a ser financiada como equipe de Agentes Comunitário de Saúde, até que a composição profissional seja restabelecida.

Modalidade III são demandados sete trabalhadores e a proporção encontrada a partir dos dados é de sete trabalhadores por equipe.

Ilustração 4 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR, 2012.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	eCR MI	eCR MII	eCR MIII	TOTAL
Agente de Ação Social	4	76	22	102
Psicólogo	8	31	9	48
Técnico e Auxiliar de Enfermagem	11	13	24	48
Enfermeiro	3	21	14	38
Assistente Social	4	26	7	37
Médico	2	1	13	16
Terapeuta Ocupacional	1	5	2	8
Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal	1	2	1	4
Educador Social	2	1	0	3
Outros profissionais de nível superior	1	1	0	2
Agente Comunitário de Saúde	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>177</b>	<b>93</b>	<b>307</b>

Fonte: Brasil, 2012e.

A seguir, Ilustração 5, são apresentados os números de trabalhadores e eCR, por modalidade, no ano de 2020. A proporção atual entre o total de equipes e o de trabalhadores indica que, em todas as modalidades, há a superação do número de profissionais exigidos pelas normativas legais que regulamentam as eCR em 2020. No caso da Modalidade I, que se exige quatro profissionais, a proporção é de 5,5. Para a Modalidade II são exigidos seis trabalhadores e a proporção verificada é de 7,7. Por fim, na Modalidade III são demandados sete trabalhadores e a proporção encontrada a partir dos dados é mais expressiva, chegando a aproximadamente 12 trabalhadores por equipe.

Ilustração 5 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR, 2020. (Continua).

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	eCR MI	eCR MII	eCR MIII	TOTAL
Agente de Ação Social	44	93	128	265
Técnico e Auxiliar de Enfermagem	64	101	126	291
Enfermeiro	58	90	84	232
Assistente Social	41	67	54	162
Psicólogo	35	66	57	158
Agente Comunitário de Saúde	20	16	122	158
Médico	26	12	62	100
Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal	4	9	14	27
Terapeuta Ocupacional	5	9	10	24
Cirurgião Dentista	3	3	10	16

Ilustração 5 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR, 2020. (Conclusão).

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	eCR MI	eCR MII	eCR MIII	TOTAL
Prof. de Educação Física	1	7	4	12
Educador Social	6	1	0	7
Fisioterapeuta	0	1	0	1
Fonoaudiólogo	0	1	0	1
Gerente de Serviço de Saúde	0	0	2	2
Outros profissionais de nível médio	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>477</b>	<b>673</b>	<b>1.457</b>

Fonte: Brasil, 2020 (Agosto/2020).

O perfil atual dos profissionais que atuam nas eCR, apresentado na Ilustração 5, aponta a presença majoritária do campo da enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) nas equipes. Esta informação pode indicar uma resposta das gestões municipais à necessidade de interação com agravos com os quais a ação da enfermagem pode contribuir com uma maior resolutividade, já que a formação das equipes e as categorias profissionais que as compõem são de autonomia da gestão municipal de saúde e devem indicar relação com os agravos mais prevalentes dos territórios e a população atendida (MACHADO, 2017a).

A segunda categoria profissional mais presente nos Consultórios na Rua é a dos agentes de ação social. Estes trabalhadores podem ter experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. Eles desempenham atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, dos modos de vida e da cultura das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012a; MACHADO, 2017a), trabalho muito próximo ou análogo ao dos redutores de danos nos Consultórios de Rua. Além destes, há também a presença de categorias profissionais que, historicamente, compõem o campo da atenção psicossocial, os psicólogos (3º mais presente) e os assistentes sociais (4º mais presente), para os quais a presença nas equipes é de, aproximadamente, 26,5% (somadas as duas categorias).

Outro dado relevante diz respeito ao número de médicos que fazem parte das equipes de Modalidade I e II. Atualmente, 38 médicos compõem as referidas equipes, mesmo sem a exigência por parte das portarias vigentes. Tais dados podem indicar a aposta municipal nesta categoria profissional, mesmo com o custeio deste trabalhador acontecendo por conta do município, uma vez que o custeio federal não contempla estes profissionais.

A leitura dos dados referentes ao atual cenário de implantação das eCR e das categorias profissionais que as compõem permite realizar algumas análises. Parte das equipes

de Consultório na Rua (92 das atuais 171 equipes) foi formada pela transição de equipes de Consultório de Rua que migraram, a partir de 2012, para o modelo de atenção integral proposto pela AB (Anexo da Portaria nº 122/2012).

Os Consultórios de Rua, por suas orientações normativas, deveriam se constituir como dispositivos públicos, ofertando às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua, além de dar ênfase às crianças, aos adolescentes e aos jovens (BRASIL, 2010). O processo de trabalho do maior número destas equipes foi orientado por princípios e diretrizes da Saúde Mental e, com a migração da Política, passa a ser permeado tanto pelas normativas que o orientam e regulamentam quanto por um conjunto de categorias profissionais informadas pelo campo da AB do cuidado integral (considerando não só a relação dos sujeitos com as drogas, mas todos os agravos aos quais estes sujeitos podem estar expostos).

A atual composição dos Consultórios na Rua pode se constituir como um ponto de tensão para o processo de implantação desta política pública. A presença maciça de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas equipes pode ter influência no conjunto de ofertas clínicas e nas formas de organização do processo de trabalho, anteriormente informado fortemente por elementos e questões do campo da Saúde Mental. Ademais, este processo pode também tensionar o campo de atuação com novos e diferentes dilemas éticos, ligados à atuação dos profissionais no contexto das ruas (por exemplo: quais procedimentos podem ser realizados na rua?) (MACHADO, 2017a).

Outra questão é a composição das eCR e os profissionais que dela fazem parte. As Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, permitem que um amplo conjunto de categorias profissionais possam compor essas equipes (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, agentes comunitários de saúde, agentes sociais e auxiliar de consultório dentário), possibilitando múltiplas e heterogêneas composições para as eCR. Ainda que as referidas Portarias orientem que o perfil epidemiológico da PSR local seja considerado pelo gestor para pensar quais as categorias profissionais farão parte das equipes, não é desprezível a possibilidade de que a escolha destes trabalhadores seja feita baseada na “opinião e imaginário” da gestão local sobre o fenômeno da PSR (drogados, vagabundos, desocupados, entre vários outros rótulos e estigmas que podem ser atribuídos a esta população).

Novamente refletindo sobre o processo de implementação desta política pública e sobre a organização dos processos de trabalho, a heterogeneidade de composições coloca questões para o campo de investigação deste estudo. Em especial, importa pensar quais efeitos

seriam possíveis se esta política pública optasse por estabelecer uma “equipe mínima” ou um rol mínimo de categorias profissionais, como já acontece com as eSF ou com as eSB, atuantes também na AB.

#### 4.2.3 As práticas dos Consultórios na Rua na perspectiva dos registros das equipes no prontuário eletrônico e-SUS AB (SISAB)

As práticas dos Consultórios na Rua são acompanhadas no SUS, de maneira preferencial (preconizado pela Portaria nº 76, de 22 de janeiro de 2016), com a utilização do sistema e-SUS AB (BRASIL, 2016b). Este prontuário eletrônico público é integrado ao registro de informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB). Assim, o e-SUS AB é o sistema de informações oficial de acompanhamento das ações da AB em âmbito nacional, para todas as equipes, incluindo as eCR.

As eCR utilizam o SISAB como ferramenta de registro das atividades que fazem parte de seu processo de trabalho de forma que estas informações possam contribuir com a análise da gestão do cuidado em saúde. Para este estudo foi selecionado um conjunto de informações específicas contidas no e-SUS AB, para estabelecer a discussão das práticas em saúde dos Consultórios na Rua. Farão parte das análises as informações de três fichas do e-SUS: cadastro individual, atendimento individual e atividade coletiva.

A Ilustração 6 apresenta as fichas do e-SUS AB e as informações levantadas para a análise das práticas dos Consultórios na Rua.

Ilustração 6 - Fichas do e-SUS AB, com a identificação das informações, destacadas por ficha. (Continua).

FICHAS	INFORMAÇÕES
Cadastro individual	Tipo de cadastro Sexo
Atendimento individual	Local de atendimento Tipo de atendimento Problema/condição avaliada Vacinação em dia Encaminhamento
Procedimentos	Todos os procedimentos realizados pelas eCR

Ilustração 6 – Fichas do e-SUS AB, com a identificação das informações, destacadas por ficha. (Conclusão).

FICHAS	INFORMAÇÕES
Ficha de atividade coletiva - tipo de atividade/reunião	Reunião de equipe Reunião com outras equipes de saúde Reunião intersetorial/conselho local de saúde/controle social)
Ficha de atividade coletiva - Temas da reunião	Questões administrativas/funcionamento Processo de trabalho Diagnóstico do território/ monitoramento do território Planejamento/ monitoramento das ações da equipe Discussão de caso/ Projeto Terapêutico Singular Educação Permanente Outros
Ficha de atividade coletiva - Ação em saúde	Educação em saúde Atendimento em grupo Avaliação/procedimento coletivo Mobilização social

Fonte: O autor, 2021.

Os dados utilizados abrangeram as práticas cadastradas no período de julho de 2019 a junho de 2020, a partir das bases de dados do prontuário eletrônico e-SUS AB, solicitados à Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS). Cabe ressaltar que as discussões que realizadas a seguir sobre os dados emergentes do e-SUS AB, com as descrições e as análises dos gráficos, tentam problematizar com mais ênfase as dimensões da visibilidade e da invisibilidade (o que ganha/merece ou não a atenção dos Consultórios na Rua), do que a dimensão da subnotificação, que certamente existe, mas sobre a qual este trabalho não pode traçar comentários, pois não se dedicou a investigá-la.

#### 4.2.3.1 Análise dos itens da Ficha de Cadastro Individual (período: 7/19 a 6/20)

Neste item serão analisados os dados delimitados pelo estudo na ficha de cadastro individual do prontuário eletrônico e-SUS AB.

Iniciando pela análise do quantitativo de PSR, a Ilustração 7 apresenta os dados da população em situação de rua cadastrada no e-SUS AB pelas eCR até junho de 2020. Os dados sobre a população cadastrada são apresentados por extratos de sexo/gênero e por região do Brasil.

Ilustração 7 - População cadastrada no e-SUS por gênero e região do Brasil, junho de 2020.

REGIÃO	GÊNERO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
Norte	1.463	1.884	3.347
Nordeste	4.862	8.586	13.448
Sul	4.054	9.731	13.785
Sudeste	21.297	39.150	60.447
Centro-Oeste	2.615	4.922	7.537
<b>BRASIL</b>	<b>34.291 (34,7%)</b>	<b>64.273 (65,3%)</b>	<b>98.564</b>

Fonte: SISAB, 2020.

Nota: A Ilustração apresenta o número total (N) de pessoas descrito e discutido nas ilustrações posteriores.

Segundo o IPEA, a estimativa da PSR no Brasil mostrou que entre os anos de 2012 e 2020 a população em situação de rua mais do que dobrou, passando de, aproximadamente, 93 mil pessoas, em 2012, para valores próximos a 222 mil pessoas, em 2020 (IPEA, 2020). Apesar de não ser uma pesquisa censitária (dados são baseados apenas na população domiciliada), os números do IPEA podem contribuir significativamente para as políticas públicas que interagem com as questões da PSR, tendo em vista que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não faz o censo da população de rua no Brasil.

Neste sentido, partindo das informações disponíveis em âmbito nacional, de que no Brasil, atualmente, há, aproximadamente, 222 mil pessoas em situação de rua, tem-se que cerca de 45% (98.564) desta população está cadastrada no e-SUS AB e, formalmente, no SUS. O cadastramento no e-SUS gera um número de Cartão Nacional de Saúde (CNS - o Cartão SUS) que, para além de uma formalidade, pode se constituir como um importante ponto na garantia do direito ao acesso ao SUS, podendo também contribuir como uma forma de vinculação entre as pessoas em situação de rua e os Consultórios na Rua, pois o CNS pode representar objetivamente a conexão desse sujeito com o SUS, que passa a reconhecê-lo formalmente, ampliando as possibilidades de sentidos para as ações de cuidado.

A primeira (e única, até hoje) Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a), mostrou que, à época, a população em situação de rua era majoritariamente masculina (82%), enquanto que a população feminina consistia em 18%. Em 2019, a cidade de São Paulo/SP (maior cidade do Brasil em termos populacionais, incluindo a PSR) realizou um censo, identificando 24.344 pessoas em situação de rua, sendo que dessa totalidade 85% eram homens, números e proporções próximas às da pesquisa nacional de 2008. Os dados levantados no prontuário eletrônico e-SUS AB apontam que, entre os

cadastrados no e-SUS, 34,7 % são mulheres, revelando um aumento de, aproximadamente, 16% no público feminino<sup>8</sup>.

As faixas etárias das pessoas em situação de rua, que estão cadastradas no e-SUS AB, é apresentada na Ilustração 8. Os recortes etários foram organizados de acordo com a forma de extração possível no prontuário eletrônico<sup>9</sup>. Assim, as divisões são de 0 a 9 anos, 10 a 19 anos e acima de 20 anos.

Ilustração 8 – Percentual (%) de usuários cadastrados no e-SUS AB, por faixa etária e região do Brasil, junho de 2020.

REGIÃO	0 A 9 ANOS	10 A 19 ANOS	ACIMA DE 20 ANOS
Norte	10,3 %	9,6%	80,1%
Nordeste	2,1%	4,4%	93,5%
Sul	1%	2,5%	96,5%
Sudeste	10,7%	3,7%	85,4%
Centro-Oeste	0,5%	3%	96,5%

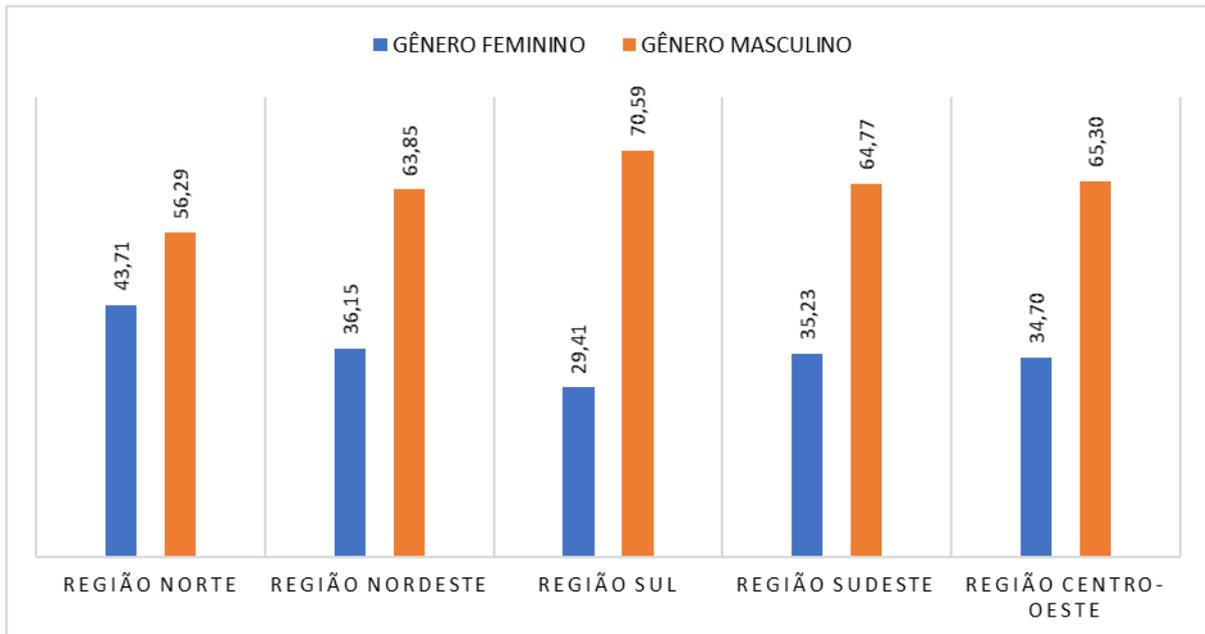
Fonte: SISAB, 2020

A Ilustração 9 apresenta o percentual de pessoas em situação de rua, cadastradas no prontuário eletrônico e-SUS AB, por gênero e por região do Brasil.

<sup>8</sup> Em recente trabalho, Leal (2020) dedica-se à compreensão da saúde das mulheres em situação de rua, o que pode oferecer direções importantes para pensar esse dado. A autora apresentou a necessidade da construção de uma agenda para o público feminino, por parte dos Consultórios na Rua. Leal (2020) nos revela a invisibilidade da mulher em situação de rua, mesmo nas políticas públicas específicas para as mulheres em situação de vulnerabilização (ganhando maior visibilidade apenas em períodos de gestação). Além disso, com o aumento do público feminino, além de atentas, as eCR precisam estar preparadas para as demandas do campo da saúde da mulher, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, o planejamento familiar, as questões específicas da higiene feminina, enfim, diferentes demandas de um público que demonstrou um crescimento significativo, na PSR.

<sup>9</sup> A solicitação de recortes nas faixas etárias que pudessem identificar os idosos, por exemplo, foram impossibilitadas, por limites na ferramenta de extração dos dados no e-SUS AB. Neste caso, foram trabalhados com os recortes predefinidos pela SAPS/MS.

Ilustração 9 - Percentual (%) da população cadastrada no e-SUS AB por gênero e região do Brasil, junho de 2020.

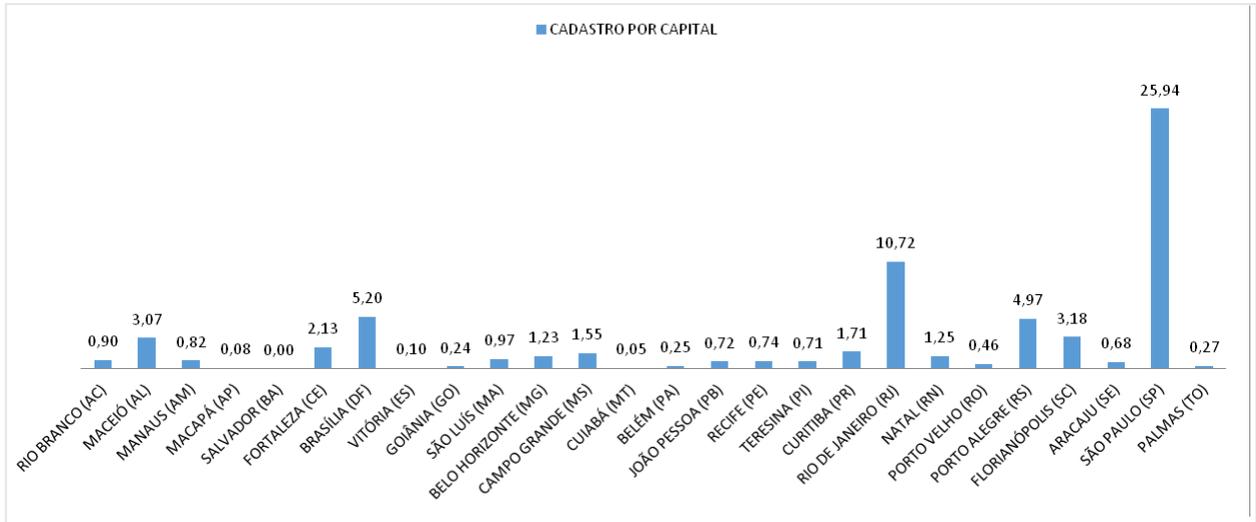


Fonte: SISAB, 2020.

Os dados apresentados na Ilustração 9 informam sobre a prevalência da população masculina em situação de rua, com uma maior aproximação entre os percentuais de homens e mulheres na região Norte (56,29% de homens e 43,71% de mulheres) e um maior distanciamento na região Sudeste (70,59% de homens e 29,41% de mulheres).

A Ilustração 10 apresenta o percentual de população cadastrada no e-SUS AB, por capital. As vinte e sete capitais estão representadas na Ilustração.

Ilustração 10 - Percentual (%) da população cadastrada no e-SUS por capital, considerando a totalidade do Brasil, junho de 2020.

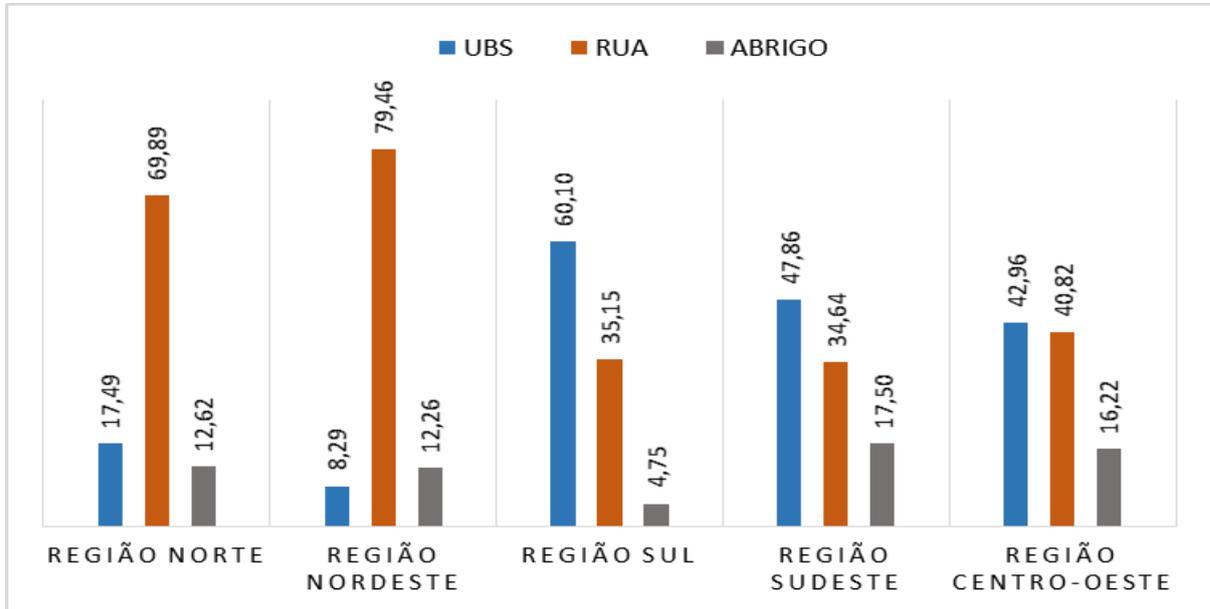


Fonte: SISAB, 2020.

As três cidades mais populosas do Brasil (São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ e Brasília/DF) são também as que concentram os maiores percentuais de população em situação de rua.

A Ilustração 11 mostra o percentual de atendimentos, por local de atendimento do Consultório na Rua (na UBS, nas ruas ou em abrigos) e dividido por região do Brasil. A PNAB 2017 orienta que a eCR faça atendimentos “in loco” (nas ruas), na UBS de referência (aquela à qual está ligada formal e tecnicamente) e junto à rede local (CAPS, Centro Pop, abrigos, entre outros) (BRASIL, 2017a). No caso da ficha de atendimento individual, a rede local fica restrita ao abrigo.

Ilustração 11- Percentual (%) de local de atendimentos por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

A questão do local de atendimento é um dos pontos centrais para a organização do processo de trabalho do Consultório na Rua. Uma das questões ligadas ao local de atendimento é o acesso. Como já mencionado, o acesso foi o tema mais registrado na literatura do campo, sendo abordado como um objetivo da eCR oportunizar o acesso da PSR ao sistema de saúde (KAMI et al., 2016b; VARGAS; LIMA; SEIDL, 2017; ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; SIMÕES et al., 2017; CAMPOS, 2018; MACERATA, 2018; FRIEDRICH et al., 2019; ARAÚJO, 2019; DUARTE, 2019; TIMÓTEO et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020), reforçado ainda pelo conjunto de autores de referência da AB (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a).

Os Consultórios na Rua foram criados em parte para enfrentar a questão do preconceito e do estigma do próprio sistema de saúde, sendo necessária a implementação de uma equipe específica para atender a esta população na AB. A questão da barreira de acesso está historicamente imposta para este recorte populacional (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; VARGAS; MACERATA, 2018).

Neste contexto, para facilitar o acesso da população ao cuidado em saúde, é oportuno que as ações destas equipes aconteçam majoritariamente nas ruas, espaço privilegiado de encontro com a PSR. Desse modo, facilita-se a criação de vínculos com a equipe, vínculo que

poderá contribuir para a continuidade dos cuidados, além de contribuir na garantia do direito à saúde (VARGAS; MACERATA, 2018).

Porém, garantir o direito à saúde é também possibilitar que a PSR consiga acessar os serviços de saúde e, no caso das eCR, sobretudo as UBS. Além disso, as demandas de saúde da PSR podem exigir maiores densidades tecnológicas, que não podem ser ofertadas nas ruas, reforçando a necessidade do uso da UBS como um recurso.

Ainda sobre os usos da UBS pelas eCR, atuar dentro da UBS em parceria com as demais equipes da AB (eSF, de Saúde Bucal, NASF AB e outras) pode contribuir para desmontar a ideia de que o cuidado à PSR é um trabalho “exclusivo” das eCR, desresponsabilizando todas as demais equipes do olhar para esta população. A atuação conjunta na UBS (atendimentos compartilhados, ações de educação permanente, ações colaborativas, de apoio matricial e outras) pode contribuir para que as outras equipes da UBS possam se apropriar do acúmulo das eCR no que há de específico do cuidado à PSR e, assim, se “autorizar” a realizar esse cuidado no cotidiano do serviço (ENGSTROM et al., 2020).

Outra questão é o atendimento nos abrigos, que nos remete à parceria entre o SUS e o SUAS, entre as equipes de saúde e as equipes da assistência social, que também têm a PSR como público (FRIEDRICH et al., 2019). Nessa relação, o atendimento das eCR nos espaços dos abrigos pode fortalecer a materialidade dessa parceria, além de operar um processo de qualificação das equipes destes serviços.

Ser a ponte entre a rua e as políticas públicas foi uma das funções apontadas para o Consultório na Rua (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; DUARTE, 2019). Ser a ponte entre a UBS e a rua, entre a rua e a UBS, entre a rua e os serviços da assistência social, entre o SUS e o SUAS, pode contribuir para o fortalecimento e a legitimação do Consultório na Rua junto à PSR, e também em relação às demais equipes e serviços do território.

Cada um desses locais de atendimentos (territórios) se constitui e se organiza por diferentes tempos, regras, espaços, relações, sentidos, éticas e moralidades, ou seja, funcionamentos singulares (VARGAS; MACERATA, 2018). O termo território assume aqui o sentido de categoria que define um conjunto de relações complexas, situadas entre os diversos vetores que compõem essas relações, envolvendo concomitantemente e de modo imbricado as dimensões objetivas e subjetivas (VARGAS; MACERATA, 2018). O território rua é o “lugar” que a PSR compreende e circula com maior facilidade, dominando o seu funcionamento. O território unidade de saúde é o espaço do Consultório na Rua, pois suas tecnologias, seus tempos, suas regras e relações são conhecidas e operadas pela equipe. O território rede é o lugar da intrasetorialidade (com os demais serviços de saúde) e da

intersetorialidade (com as redes de assistência social, de educação, de garantia de direitos, com a sociedade civil organizada, ONGS e outros). O território rede, com sua organização e funcionamento, é melhor compreendido e operado pelo Consultório na Rua, porém a PSR também detém conhecimentos “práticos” sobre os recursos desse território. Ela reconhece, por exemplo, quais os serviços conseguem acolher de fato as pessoas em situação de rua ou um comerciante que possa ser uma referência para a equipe na dispensação de algum medicamento, no caso de uma pactuação de tratamento específica.

Partindo desta proposta dos três territórios (rua, UBS e rede), uma das atividades que poderia ser pensada para o Consultório na Rua é a de assumir a função de fazer ponte entre os três territórios, aproximando os diferentes tempos, regras, espaços, relações e éticas. Ao se colocar como operador dos enlaces possíveis entre a rua, a UBS e a rede local, o Consultório na Rua contribuiria sobretudo para tornar os territórios mais permeáveis uns aos outros. Desse modo, por exemplo, a garantia da regularidade dos atendimentos da eCR, no mesmo local, dia da semana e horário, seria uma forma de “levar” o território UBS e suas regularidades para o território rua. Outro exemplo seria o de possibilitar que uma pessoa em situação de rua fosse atendida na UBS ou em algum serviço da rede com mais agilidade, levando em conta suas dificuldades em permanecer e esperar os tempos e as exigências da UBS ou dos demais serviços da rede local (CRUZ; VARGAS, 2015; ALECRIM et al., 2016; PAULA et al., 2018; SILVA). Estas seriam formas de “levar” a dinâmica das ruas aos territórios UBS e rede. Pensar a eCR também como um vetor de construção e interação entre as diferentes dinâmicas, velocidades e regras pode fazer com que os três territórios aprendam e se tornem mais tolerantes com as dinâmicas específicas dos outros. Tudo isso pode também contribuir para a ampliação das ofertas da equipe, com o propósito de oportunizar mais acesso e resolutividade no SUS para as demandas e necessidades da PSR, reconhecendo que operar nesse “entre” para os três territórios trará tensões para a eCR, tensões que podem ser encaradas como constituintes do processo de trabalho (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ALECRIM et al., 2016; DUARTE, 2019; PAULA et al., 2018).

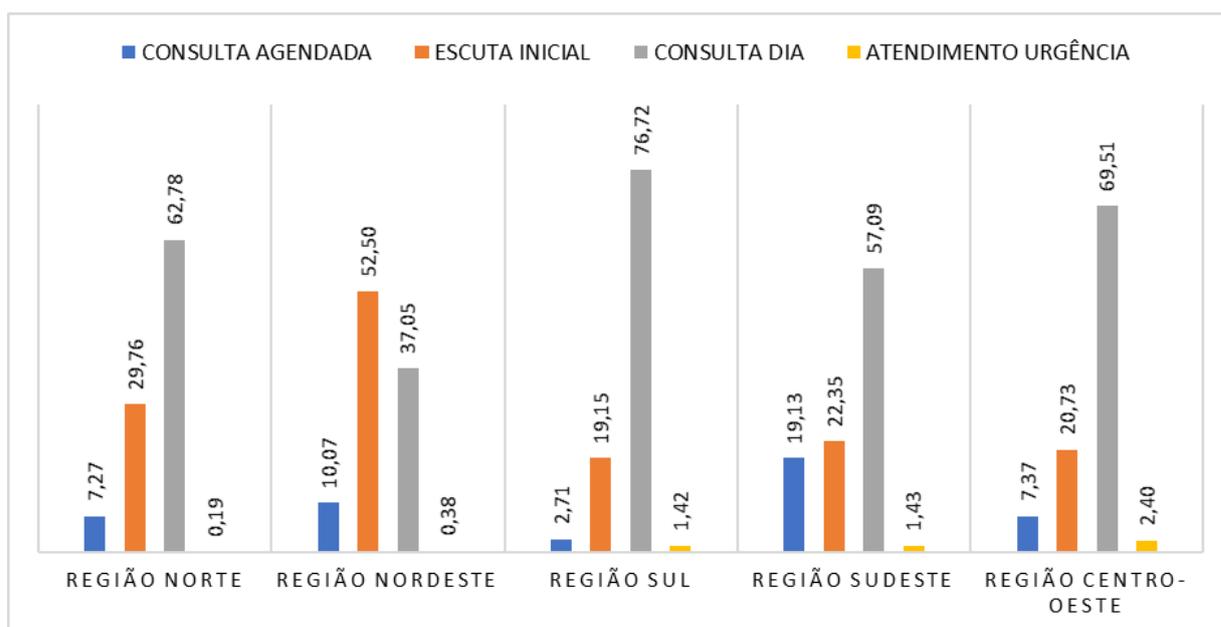
Retornando aos dados apresentados na Ilustração 11, observa-se que as regiões Centro-Oeste (40,82% rua, 42,96% UBS e 16,22% abrigo) e a região Sudeste (34,64% rua, 47,86% UBS e 17,50% abrigo) têm um maior equilíbrio na distribuição dos percentuais de atendimentos entre os três locais possíveis. Este equilíbrio pode representar uma maior possibilidade de garantia do acesso e da resolutividade, pois os atendimentos nas ruas são contemplados, chegando, inclusive, até às pessoas com maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde. As ofertas de cuidado na UBS são garantidas, ampliando as possibilidades

de atenção e cuidado, e os atendimentos em parceria com os abrigos (mesmo que em menor percentual) possibilitam uma relação mais próxima e orgânica com a assistência social, parceria tão cara aos Consultórios na Rua e para a PSR.

Em contrapartida, as regiões Nordeste (79,46% rua, 8,29 % UBS e 12,26% abrigo) e Norte (69,89% rua, 17,49% UBS e 12,62% abrigo) apresentam o maior desequilíbrio na distribuição entre os locais de atendimento, revelando um acentuado percentual de atendimentos nas ruas. Este tipo de organização do processo de trabalho pode indicar que demandas mais complexas, que necessitem de uma maior densidade tecnológica (presente na UBS), possam não estar sendo atendidas a contento. Tal situação pode influenciar inclusive na resolutividade da equipe, podendo interferir também no volume de encaminhamentos da eCR, tendo em vista que com uma menor possibilidade de resolver as demandas que lhe chegam, o encaminhamento pode se tornar uma alternativa que não permitiu não experimentar as possibilidades de atenção e cuidado do Consultório na Rua e nem mesmo da AB.

A Ilustração 12 apresenta o percentual do tipo de atendimento realizado pelo Consultório na Rua, por região do Brasil. Os quatro tipos de atendimentos possíveis na ficha de atendimento individual do e-SUS AB são a consulta agendada, a escuta inicial, a consulta no dia e o atendimento de urgência.

Ilustração 12 - Percentual (%) de tipo de atendimento por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

A escuta inicial é o primeiro atendimento realizado pelo Consultório na Rua e pode ser realizado na rua, na UBS ou no abrigo. O objetivo da escuta inicial é acolher e levantar informações sobre a necessidade de cuidado em saúde, além de orientar a conduta mais adequada para cada situação. Nesse tipo de atendimento, após mapear as demandas e necessidades de saúde, o profissional de saúde decide os tipos de atendimentos posteriores (podendo, inclusive, não ter continuidade), incluindo os compartilhamentos dos casos com a rede, caso seja necessário. O prontuário eletrônico e-SUS AB permite que sejam coletadas e registradas na escuta inicial informações subjetivas e aferições objetivas, além de classificar os riscos e as vulnerabilidades (BRASIL, 2013e; 2018b).

A consulta agendada se refere a um atendimento previamente agendado pelo Consultório na Rua com o atendido, não sendo uma demanda de urgência com a necessidade de atendimento no mesmo dia ou imediatamente. A consulta agendada também pode ser realizada na rua, na UBS ou no abrigo (BRASIL, 2018b).

A consulta no dia acontece quando há uma necessidade específica, caracterizada pela presença do risco baixo ou pela ausência de risco com vulnerabilidade importante, porém a situação precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe, considerando a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial (BRASIL, 2013d, 2018b).

No caso das situações de urgência, o critério é a identificação das diferentes gradações de risco no campo das situações de maior urgência, exigindo procedimentos que coloquem em curso às devidas priorizações do atendimento. É orientado que a avaliação/estratificação de risco seja sempre utilizada como ferramenta, para oportunizar a melhor estratégia de garantia de acesso com equidade em tempo oportuno (BRASIL, 2013d; 2018b).

A Ilustração 12 mostra que há um maior percentual de consultas no dia em quatro das cinco regiões do Brasil (Norte, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), com média de 60,63% das ofertas de atendimento das eCR. Apenas na região Nordeste (com 37,05%) este tipo de consulta não ocupa o maior percentual entre as ofertas das eCR. Sequencialmente, destaca-se a escuta inicial, com 28,9%. A escuta inicial foi a maior oferta de atendimento entre as eCR apenas na região Nordeste, onde 52,50% dos atendimentos são oportunizados pelas eCR.

As consultas agendadas e os atendimentos de urgência foram os que ocuparam a menor parte da agenda dos Consultórios na Rua, quando se trata dos tipos de atendimentos. As consultas agendadas, tão caras à AB, por demonstrarem um processo de atenção e cuidado mais organizado, na perspectiva do vínculo, da longitudinalidade, da integralidade, entre outros aspectos importantes para a AB, ocupam 9,31% da agenda das eCR. Já os atendimentos de urgência são 1,16% dos atendimentos dos Consultórios na Rua.

Neste cenário, cabem algumas reflexões tanto sobre a organização da agenda das eCR quanto aos tipos de atendimentos ofertados e seus efeitos na atenção e no cuidado junto à PSR. O elevado percentual de consultas no dia (60,63%), com a característica de não se desdobrar necessariamente em estratégias de cuidado continuado, atendendo a demandas mais específicas e imediatistas das pessoas em situação de rua, pode reforçar que a clínica do Consultório na Rua se organiza mais como um serviço de pronto atendimento do que a partir das premissas e diretrizes da AB. A possibilidade de criação desse “traço” pode gerar efeitos no processo de trabalho das eCR e, conseqüentemente, na organização das ofertas de atenção e cuidado, e pode ser ainda mais reforçado pelos modos como a própria PSR pode passar a demandar cuidados, tendo em vista que a mesma poderá “aprender” que só é possível contar com o Consultório na Rua para demandas mais imediatas de cuidado.

Ainda refletindo sobre os tipos de atendimentos das eCR, o baixo percentual médio de consultas agendadas (9,31%) pode indicar que o Consultório na Rua não está oportunizando estratégias de continuidade nos cuidados. Este ponto é caro para a discussão do processo de trabalho da eCR, pois a literatura do campo nos diz que, por conta de um longo processo histórico de preconceito, estigmas e desassistência, a PSR se organiza na lógica do “aqui e agora”, com uma relação quase sempre mais imediatista com o tempo (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ALECRIM et al., 2016; VARGAS; MACERATA, 2018; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020).

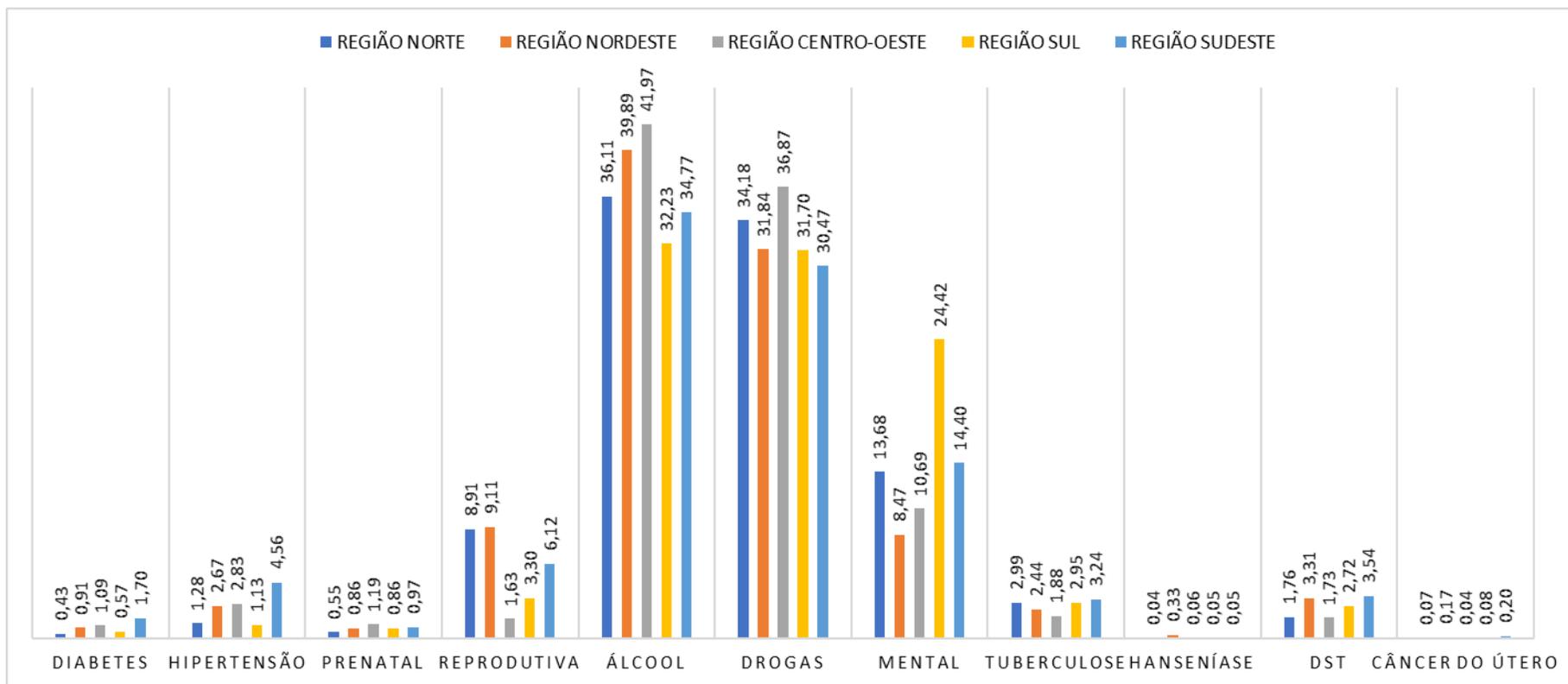
Neste contexto, um processo robusto e paulatino de construção de vínculos de confiança entre a equipe e as pessoas acompanhadas é o que oportuniza o desdobramento da escuta inicial em consultas no dia, ainda que respeitando os tempos de todos os envolvidos no processo de cuidado. Dessa forma, reforça-se a necessidade de que o cuidado não seja pautado apenas pelo imediatismo, abrindo possibilidades de consultas agendadas. Estas oportunizam não só a continuidade do cuidado, mas também colocam em curso processos educativos e trabalham a relação da PSR com o seu tempo, direitos e deveres, trabalho e renda, laços comunitários, entre outros assuntos. Enfim, o agendamento da consulta e a necessária organização do tempo para que a mesma se realize pode ter efeitos em diferentes dimensões nas vidas dos sujeitos envolvidos.

Quanto ao baixo percentual médio das consultas de urgência realizadas pelos Consultórios na Rua (1,16%), pode-se, como hipótese, associá-los a uma tendência destas equipes em acolher e atender as demandas de baixa complexidade, direcionando as emergências às Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e aos hospitais.

O e-SUS AB possibilita que sejam levantadas as informações sobre as condições de saúde avaliadas. Assim, o profissional registra a sua avaliação sobre o problema e/ou condição detectada durante o atendimento. O preenchimento desse campo é obrigatório, sendo necessário informar pelo menos um código: Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) ou Código Internacional de Doenças (CID10). Foram elencados os principais problemas e condições avaliadas (com percentuais relevantes) no atendimento à PSR.

A Ilustração 13 apresenta o percentual de condições de saúde avaliadas pelo Consultório na Rua, por região do Brasil. As condições de saúde avaliadas podem ser diabetes, hipertensão arterial, pré-natal, saúde reprodutiva, problema na relação com álcool, problema na relação com outras drogas, questões de saúde mental, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero.

Ilustração 13 - Percentual (%) de condição avaliada no atendimento por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

A Ilustração 13 revela que em todas as regiões do Brasil as principais condições avaliadas pelos Consultórios na Rua são referentes a álcool, outras drogas e questões de saúde mental. Os problemas relacionados ao álcool representam, em média, 37% das condições avaliadas pelas eCR no Brasil; os alusivos à relação com outras drogas, 33%; e os de saúde mental, 14,3%. No caso do registro dos problemas relacionados à saúde mental, cabe destacar os registros na região Sul, com 24,42%, mais de 10% acima da média. Os registros dos problemas relacionados à relação com o álcool e às demais drogas não tiveram variação significativa entre as cinco regiões do Brasil.

A observação sobre os elevados percentuais de problemas relacionados ao campo da atenção psicossocial (saúde mental, álcool e outras drogas), como principais condições de saúde registradas em todas as regiões brasileiras, nos leva à reflexão sobre a necessidade de os Consultórios na Rua estarem preparados para acolher, tratar e reabilitar (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a), oferecendo à população as possibilidades de atenção e cuidado possíveis à AB. Isto nos leva à questão: “o que é possível ser ofertado como cuidado na AB?”

Tendo em vista que as equipes que trabalham neste nível de atenção, de modo territorializado, as perspectivas da longitudinalidade, da integralidade e da equidade são elementos fundamentais para que as equipes sejam mais resolutivas (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; PINHEIRO; MATTOS, 2007; TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; SHIMAZAKI, 2009; MACHADO, 2017b; BRASIL, 2017a). Estas precisam estar atentas na operação da lógica de trabalho da AB, o que significa estarem preparadas para acolher e tratar as demandas do campo da atenção psicossocial, cuidando das pessoas acompanhadas pela equipe até que suas ofertas de cuidado tenham chegado ao limite. Neste ponto, o Consultório na Rua compartilha o cuidado com as demais equipes da rede local (no caso das questões do campo da atenção psicossocial, com a RAPS) (D’AGUIAR, 2001; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; BRASIL, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009; MACHADO, 2017b).

Vale ressaltar que se uma equipe de AB não estiver atenta e qualificada, sobretudo para os principais agravos que afligem a população de seu território, terá sua resolutividade prejudicada e tenderá a produzir encaminhamentos para outros pontos de atenção, sem que a questão “o que é possível ser ofertado como cuidado na AB?” seja ao menos tensionada, tomando como “natural” que todas as questões do campo da atenção psicossocial “devem” ser encaminhadas para o CAPS, o que inclusive subtrai e não problematiza as funções e as possibilidades da AB na RAPS.

A discussão sobre os elevados percentuais de problemas relacionados ao campo da atenção psicossocial, registrados pelos Consultórios na Rua no e-SUS AB, também pode ser problematizada pelo viés da demasiada atenção que as equipes podem estar depositando sobre estes problemas (BRASIL, 2011a; 2010; 2009b; MACHADO, 2017a). A transição do modelo de atenção e cuidado dos Consultórios de Rua para os dos Consultórios na Rua pode ainda estar produzindo efeitos no campo de visibilidades possíveis das atuais equipes. Cabe lembrar que os Consultórios de Rua tiveram como objetivo o cuidado nas ruas das pessoas com problemas na relação com álcool e outras drogas, sobretudo daquelas que não conseguiam chegar aos CAPS, mantendo, assim, o foco da atenção e do cuidado nas questões do campo da Saúde Mental. Esta hipótese poderia contribuir na leitura da discrepância nos percentuais registrados no e-SUS para as questões do campo da saúde geral ou integral da PSR, como a tuberculose, a hipertensão arterial, a diabetes, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e outras.

A tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis (DST)<sup>10</sup> e a hanseníase foram as condições avaliadas pelos Consultório na Rua com baixo percentual na PSR, o que chama a atenção, pois há indicação destes agravos como significativamente prevalentes na PSR no Brasil (BRASIL, 2012a). Os registros de tuberculose representam, em média, 2,7%, sem variação relevante entre as regiões do Brasil; as DSTs, 2,6%, também sem variação significativa entre as cinco regiões; e a hanseníase, 0,10% nas cinco regiões do País, sem variações significativas entre elas.

A tuberculose é uma doença com relação direta com a pobreza e associada à exclusão social e à marginalização de parte da população submetida a más condições de vida, como a moradia precária, a desnutrição e a dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos (BRASIL, 2014; WHO, 2015). Na população em situação de rua, estudos apontam a prevalência do risco de adoecimento por tuberculose ser considerado 67 vezes maior (LEAL, 2020; WHO, 2015; BRASIL, 2014).

As infecções sexualmente transmissíveis apresentaram registro de 2,6% (média), merecendo destaque para a questão da ampliação da oferta dos procedimentos de testagem (sobretudo com os testes rápidos) pelas eCR, além de reforçar que todos os atendimentos realizados sejam devidamente registrados em todos os campos específicos de informação do e-SUS, para garantir informações para a organização do processo de trabalho e da clínica e para dar visibilidade às questões caras à saúde da PSR (LEAL, 2020).

---

<sup>10</sup> Atualmente chamadas de “infecções sexualmente transmissíveis – IST”. No entanto, na ficha de atendimento individual do e-SUS ainda conta com a sigla DST.

Chama a atenção o baixo percentual de diabetes e hipertensão arterial como condições avaliadas pelas eCR. Em média, a diabetes teve 0,9% dos registros, sem variações significativas entre as regiões do Brasil e a hipertensão arterial ocupa 2,5% dos registros, com uma variação significativa na região Sudeste, com 4,56% dos registros. Os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), relativos ao ano de 2018, mostraram que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, nas 27 capitais brasileiras pesquisadas, é de 27% para hipertensão e 8,1% para diabetes em PSR adultas (BRASIL, 2019a). Neste sentido, considera-se importante que o olhar para as condições crônicas de hipertensão e diabetes da PSR possa ser problematizado, pois, como já pensado em hipótese anterior, a hipertrofia do olhar e do foco para as questões do campo da atenção psicossocial pode estar invisibilizando as demais questões de saúde da PSR.

Também merece destaque o baixo percentual de problemas nas áreas de saúde sexual e reprodutiva (média de 5,8%, com um menor registro na região Norte – 1,63%), pré-natal (com média de registro de 0,9%, sem variações significativas entre as regiões do Brasil) e câncer de colo de útero (média de registro de 0,1%), tendo em vista o percentual de mulheres cadastradas no e-SUS AB (34,7%). Este registro traz questões caras para a saúde da mulher em situação de rua, como o direito de exercer sua sexualidade, a apropriação do seu corpo, o autocuidado, o enfrentamento das violências, as escolhas por utilização de métodos contraceptivos, as informações sobre prevenção contra IST, a escolha pela maternidade e as informações sobre o aborto, o puerpério, o climatério e a menopausa (LEAL, 2020). É fundamental que a relação das eCR com as mulheres acompanhadas aconteça de modo dialógico, pautado no acolhimento, na empatia, no respeito e no desenvolvimento da confiança, levando em conta a cultura como condicionante e determinante do processo de saúde e doença, para a ampliação da resolutividade (VIEIRA; RIGATTO, 2018; LEAL, 2020).

Os cuidados no campo da saúde da mulher são um desafio para os Consultórios na Rua, em especial as ações do pré-natal, pois o “estar na rua gestante” coloca a mulher em situação de rua em uma condição de maior vulnerabilidade social, tornando a classificação desta gestação como alto risco (LEAL, 2020). As eCR têm, como equipes de saúde e de AB, a função de acompanhar o pré-natal destas mulheres, reconhecendo os desafios de realizar o acompanhamento do modo preconizado pelo Ministério da Saúde (com no mínimo seis consultas durante a gestação). A gestante enfrenta preconceitos no acolhimento e no vínculo estabelecido com os profissionais de saúde e o medo de perder a guarda do bebê após o parto

é um dos principais motivos alegados por essas mulheres a não querer realizar as consultas de pré-natal (ARAÚJO et al., 2017; VIEIRA; RIGATTO, 2018; LEAL, 2020).

Neste contexto, cabe a reflexão sobre a necessidade de qualificação do vínculo e a discussão sobre a adequação de determinados protocolos de cuidado à realidade do cuidado realizado no contexto das ruas, para que as mulheres em situação de rua se sintam seguras e acolhidas para realizarem as consultas de pré-natal e todos os demais cuidados necessários para este período/condição. Uma boa adesão ao pré-natal proporciona a realização de ações educativas, além das assistenciais, no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal (ARAÚJO et al., 2017; VIEIRA; RIGATTO, 2018; LEAL, 2020), aumentando as possibilidades de vivenciar o parto de uma melhor forma, podendo também contribuir para auxiliar na preparação destas mulheres e seus apoios (companheiros(as), família e amigos) para o processo de aleitamento materno. Deste modo, entende-se que as eCR podem intensificar a captação destas mulheres enquanto gestantes e fortalecer seus vínculos com a equipe, visando ampliar a assistência e o acesso ao pré-natal.

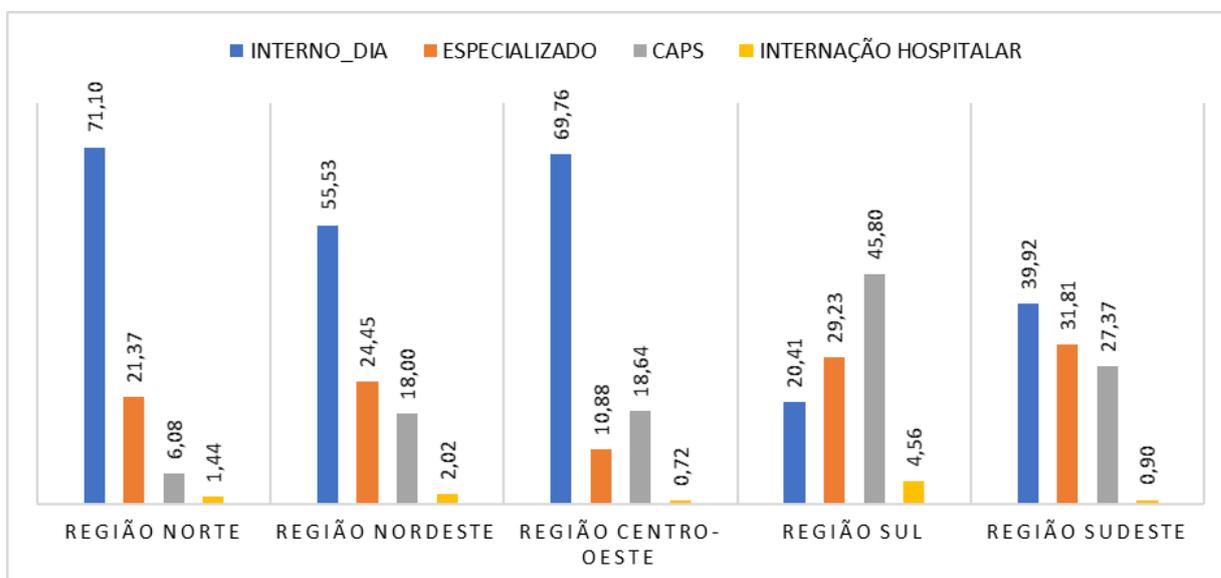
Cabe salientar o quase ausente registro do câncer uterino e de mama, com uma média de 0,1% dos registros. Entretanto, este é um dos principais agravos quando se trata de saúde da mulher, merecendo destaque por sua quase ausência. Neste ponto, pode-se novamente pensar na hipótese de um processo de trabalho que ao escutar a palavra “droga” passa a não ter “olhos para mais nada” (LEAL, 2020).

Cabe ressaltar que na perspectiva da AB, da atenção integral à saúde e da RD (BRASIL, 2011b; 2017a), o acolhimento e o cuidado aos problemas como diabetes, hipertensão arterial, DST (atuais IST), tuberculose, pré-natal, entre outros, podem se caracterizar como excelentes formas da eCR construir um vínculo que efetive a resolutividade do cuidado para as múltiplas dimensões da saúde dos sujeitos acompanhados. Com isso, pode-se também ampliar as possibilidades de que as ofertas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial tenham mais chances de adesão por parte da PSR.

Outro ponto importante sobre as discussões a partir da Ilustração 14 é que a descrição e as análises tentam problematizar mais a dimensão da visibilidade e da invisibilidade (o que ganha/merece ou não a atenção dos Consultórios na Rua) do que a dimensão da subnotificação de algumas condições avaliadas.

A Ilustração 14 expõe o percentual de encaminhamentos realizados pelo Consultório na Rua, por região do Brasil. Os encaminhamentos possíveis de serem registrados no prontuário eletrônico e-SUS AB são: o encaminhamento interno no dia, o para os serviços especializados, o para os CAPS e para a internação hospitalar.

Ilustração 14 - Percentual (%) de encaminhamentos realizados, por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

O encaminhamento interno no dia caracteriza-se quando, após um atendimento, a pessoa for encaminhada para o atendimento de outro profissional da própria UBS. É o encaminhamento que parte da avaliação de que a demanda de saúde pode ser atendida na AB, sem a necessidade de outros pontos de atenção (BRASIL, 2018b).

No caso do encaminhamento para o serviço especializado, este é assinalado na ficha do e-SUS AB quando necessário realizar o encaminhamento do usuário para um serviço como uma UPA, um ambulatório de especialidades, entre outros. O encaminhamento para o Centro CAPS é utilizado quando o usuário tiver necessidades de atenção e cuidado em saúde mental e/ou atenção psicossocial para sofrimentos mentais severos, graves e persistentes, podendo acontecer também para sofrimentos psíquicos provenientes da relação com álcool e outras drogas. Já o encaminhamento para a internação hospitalar se destina aos casos em que os usuários apresentarem esta necessidade (BRASIL, 2018b).

Cabe destacar que existem outras três possibilidades de encaminhamentos na ficha de atendimento individual que não tiveram registro no período estudado, quais sejam: o encaminhamento para a urgência; para o serviço de atenção domiciliar; e o encaminhamento intersetorial.

No caso do encaminhamento intersetorial, este é determinado pelos casos que necessitam de atendimentos em serviços de outros setores, como: Centro Pop, Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de

Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar, escola e outros (BRASIL 2018b). É importante ressaltar os possíveis efeitos da ausência, no período estudado, de registros no e-SUS sobre esta relação com os diferentes setores e demais políticas públicas. Estas relações são importantes para que a complexidade das questões que transpassam as vidas e as necessidades das pessoas em situação de rua possam ser observadas e abordadas de modo mais amplo e integral (D'AGUIAR, 2001; STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; MACHADO, 2017b; ENGSTROM et al., 2020). Assim, a ausência do registro no e-SUS AB invisibiliza estas relações e a importância das mesmas.

Os encaminhamentos foram abordados na literatura de campo, sobretudo por dois vieses, o da resolutividade e o da relação com a rede. Inicialmente, menciona-se o viés da resolutividade para sublinhar que o encaminhamento sempre será posterior à avaliação da equipe de que suas ofertas em saúde chegaram ao limite, cabendo, neste ponto, o encaminhamento para outros serviços da rede local. Araújo (2019) ressalta a construção de fluxos de rede bem definidos para o caso dos encaminhamentos da PSR como estratégia de ampliação da resolutividade da eCR. Machado e Rabello (2018), na discussão da resolutividade das eCR, também ressaltam as articulações intersetoriais para definir os limites de resolutividade de cada ponto de atenção da rede, colocando-os como elementos importantes para a construção de um processo de trabalho resolutivo para a eCR. Alertam ainda que se a eCR não conseguir ofertar concretamente ações de cuidado para a população que atende e a maior oferta da equipe for o encaminhamento, provavelmente isso será um problema em potencial na construção da credibilidade junto à PSR e também junto à rede (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008; MACHADO, 2017b; MACHADO; RABELLO, 2018).

Outro aspecto abordado por Souza, Pereira e Gontijo (2014) é o do acompanhamento dos encaminhamentos, para além de somente “dar o papel”, mas também acompanhar o processo junto aos serviços de saúde, assistência social, educação e outros setores da rede, fazendo com que sejam mais efetivos (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

A Ilustração 14 revela que os encaminhamentos internos no dia foram os que tiveram o maior percentual em quatro regiões do Brasil, com exceção da região Sul (20,41%), com uma de 51,3% entre os encaminhamentos realizados pelos Consultórios na Rua. Os encaminhamentos para os serviços especializados foram, em média, 23,5% dos realizados pelas eCR no período estudado. Já os encaminhamentos para os CAPS foram, em média, 23,2% dos que as eCR realizaram no período estudado. Cabe ressaltar que na região Sul este foi o encaminhamento mais realizado pelas eCR (45%), o que coaduna com a alta taxa de registro em saúde mental nesta Região, conforme apontado na Ilustração 13. Por fim, os

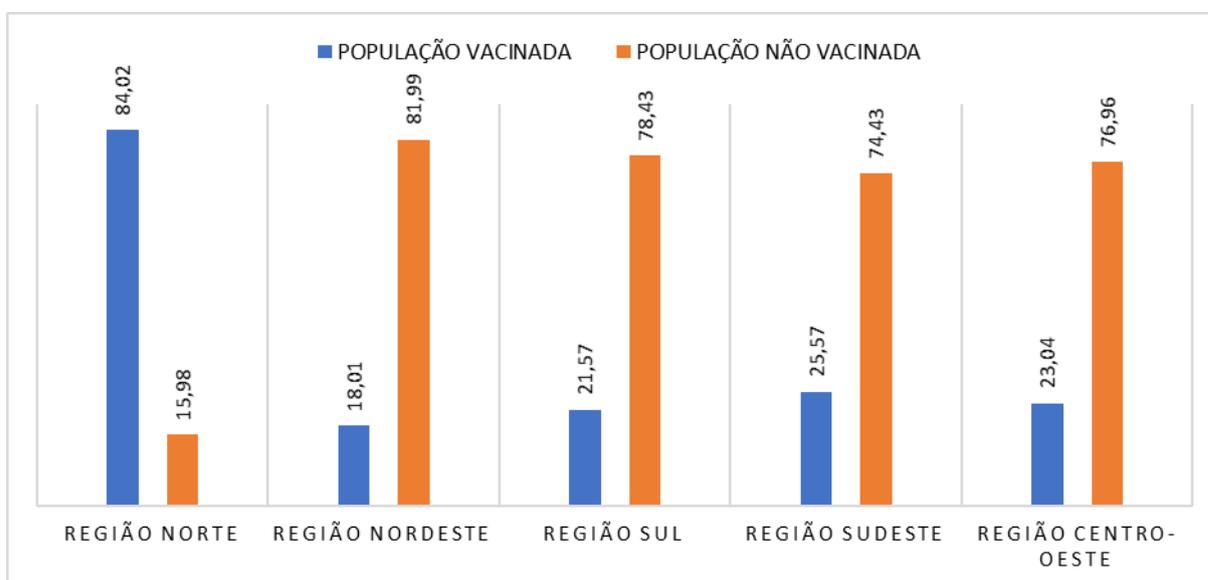
encaminhamentos para a internação hospitalar, realizados pelas eCR, foram, em média, de 1,9%, sendo que na região Sul o percentual foi maior do que o dobro (4,56%) da segunda região que mais realizou este tipo de encaminhamento (Norte, com 1,44%).

O encaminhamento interno no dia pode significar uma maior apropriação da AB em suas possibilidades de interagir e responder de modo adequado as demandas de atenção e cuidado da PSR, por parte dos Consultórios na Rua, além de representar, potencialmente, uma maior resolutividade da AB. A “ocupação do espaço” da AB por estas equipes pode possibilitar um acesso mais facilitado para a PSR, pois este acesso depende das próprias equipes em seu nível de atenção, podendo ainda compartilhar o cuidado internamente com as demais equipes da AB (eSF, eSB, NASF AB, entre outras). Neste sentido, os 51,3% (em média) de encaminhamentos internos realizados pelas eCR podem significar uma apropriação importante dos recursos e das possibilidades da AB por estas equipes.

Vale sublinhar que o terceiro maior percentual de encaminhamentos para os CAPS reforça o foco da atenção nas questões referentes à saúde mental e aos problemas na relação com álcool e outras drogas. Neste sentido, os Consultórios na Rua como equipes de AB, com uma prevalência significativa de questões referentes ao campo da Atenção Psicossocial ocupando a sua agenda, precisam estar com o processo de trabalho organizado, no sentido de conseguir absorver essas demandas. E considerando o grande percentual de condições avaliadas no campo da Atenção Psicossocial, alerta-se o fato que o encaminhamento para os CAPS não seja o principal. Associado a isso, o maior percentual de encaminhamentos internos, para as equipes da própria AB, pode nos fazer pensar na hipótese de que a capacidade de resposta da AB para as questões psicossociais fosse boa no período estudado.

A Ilustração 15 apresenta o percentual da população em situação de rua acompanhada pelo Consultório na Rua e que está vacinada (como preconiza o Programa Nacional de Imunização para a AB), por região do Brasil.

Ilustração 15 - Percentual (%) da população vacinada por região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

O Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019b) orienta que a cobertura vacinal da população brasileira deve oscilar entre 90% e 95%. Cabe frisar que a imunização é uma das mais tradicionais ofertas da AB. De igual modo, também merece destaque que, na literatura levantada, não houve menção à imunização/vacinação da população em situação de rua. No “Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua” há duas menções à vacinação específica para as Hepatites B e C, sem abordar o Programa Nacional de Imunização e a carteira de vacinação de modo mais amplo (BRASIL, 2012a).

Neste contexto de invisibilidades, é quase “esperado” que os percentuais de população em situação de rua vacinada pelos Consultórios na Rua sejam como os apresentados na Ilustração 15. Em média, a PSR não vacinada é de 65,6%, sendo que nas regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste os percentuais de população não vacinada é acima de 74%. A única exceção foi a região Norte, com 84,02% da PSR vacinada, o que pode sugerir como hipóteses um maior foco da gestão ou da eCR para que a vacinação seja realizada e registrada no e-SUS AB ou mesmo uma maior participação de profissionais do campo da enfermagem, com uma atuação na AB mais próxima dos processos de imunização.

A imunização da PSR como uma forma de cuidado, com a atualização da carteira de vacinação ou mesmo a confecção do cartão SUS das pessoas vacinadas, pode se caracterizar como mais uma estratégia de aproximação, vinculação e legitimação da eCR junto à PSR, tendo em vista a histórica efetividade desta ação em saúde. Não dar visibilidade, atenção e

espaço à imunização no processo de trabalho dos Consultórios na Rua pode nos fazer pensar que seria mais oportuno trocar o terno de uma agenda de “vacinação” por uma agenda de “vacilação”.

#### 4.2.3.2 Análise da Ficha de Procedimentos (período: 6/19 a 7/20)

Na ficha de procedimentos do e-SUS AB foram levantados todos os procedimentos realizados pelas eCR no período. Estes foram hierarquizados em ordem decrescente e os que tiveram menos de 500 registros foram agrupados como outros (Ilustração 16).

Ilustração 16 – Procedimentos realizados pelas eCR, por valor absoluto e percentual (%), entre 07/2019 e 06/2020.

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	
	NÚMERO	PERCENTUAL
Aferição de PA	22.867	23,49%
Adm. med. via oral	13.779	14,15%
Adm. med. via intramuscular	8.577	8,81%
Teste rápido de HIV	8.281	8,51%
Teste rápido para sífilis	7.680	7,89%
Teste rápido para hepatite C	6.365	6,54%
Curativo especial	3.712	3,81%
Medição de peso	3.214	3,30%
Aferição de temperatura	3.023	3,10%
Adm. med. via endovenosa	2.796	2,87%
Col. mat. para ex. laboratorial	2.620	2,69%
Adm. Med. via tópica	2.516	2,58%
Curativo simples	2.434	2,50%
Glicemia capilar	2.291	2,35%
Adm. penicilina p/ tratamento de sífilis	1.975	2,03%
Triagem Oft. P. Olhar Brasil	1.125	1,16%
Teste rápido de gravidez	1.085	1,11%
Adm. med. via Subcutânea (SC)	848	0,87%
Ret. de pontos de cirurgias	587	0,60%
Outros procedimentos	1.590	1,63%
<b>TOTAL</b>	<b>97.365</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: SISAB, 2020.

A oferta de procedimentos como curativos, testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites virais, mensuração de glicose, aferição de pressão arterial, observação direta da

tomada de medicamento para o tratamento da tuberculose, entre outros, foi citada por diferentes autores, sobretudo para a ampliação da resolutividade da eCR. Os autores ressaltam que é necessário que o processo de trabalho da eCR seja pautado por um maior equilíbrio dinâmico entre as demandas programadas e as espontâneas, para favorecer o acesso da PSR aos procedimentos (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; LIMA, 2015; PAULA et al., 2018; CAMPOS, 2018). Engstrom e colaboradores (2020) e a PNAB (2017) mencionam o uso de uma carteira de serviços da AB como estratégia de reforço da dimensão da integralidade do cuidado para as eCR, além de incidir sobre a resolutividade (BRASIL, 2017a; ENGSTROM et al., 2020).

A Ilustração 16 revela que os principais procedimentos foram a aferição de pressão arterial (23,49%), a administração de medicamentos via oral (14,15%) e a administração de medicamentos via intramuscular (8,81%). Os três principais procedimentos são de simples realização pelos técnicos de enfermagem da eCR. Qualquer procedimento realizado pela eCR, além uma ação clínica, pode significar mais uma possibilidade de conexão com a PSR, sobretudo na direção de ampliar a resolutividade da equipe. Podem também significar a ampliação do vínculo entre os usuários e a equipe, pois resolver ou aferir/diagnosticar uma questão objetiva para sujeitos pode ser mais um elemento na construção de parcerias de cuidado. Neste sentido, os testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite C e de gravidez), representando todos juntos 24,05% dos procedimentos realizados, podem indicar ações de cuidado que coadunem com o que indica a literatura.

Cabe destacar a baixa aferição de glicemia capilar (2,35%), o que pode indicar a já discutida invisibilidade das condições crônicas, como a diabetes.

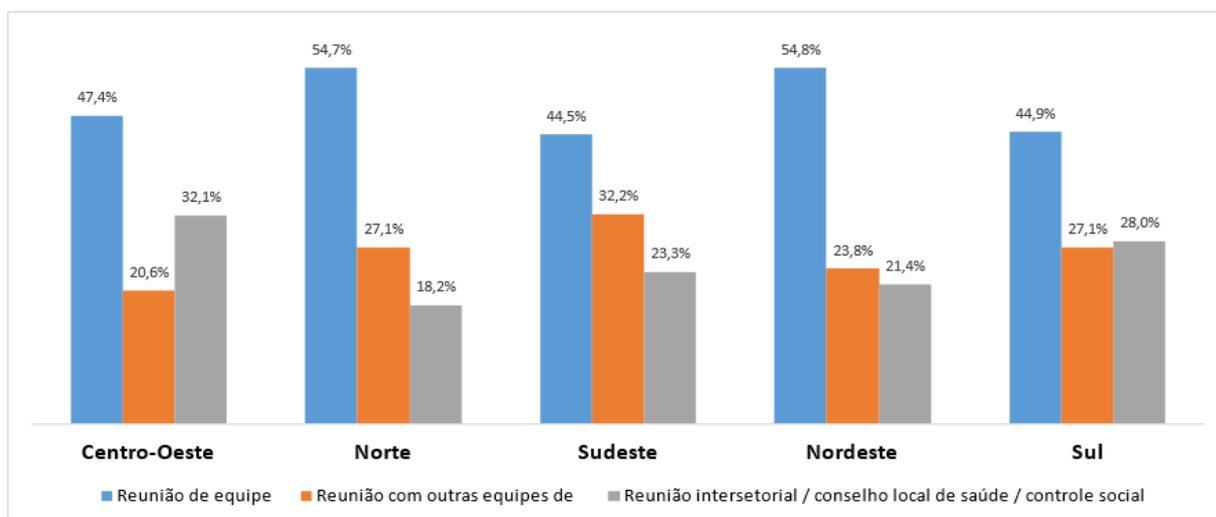
#### 4.2.3.3 Análise da Ficha de Atividade Coletiva (período: 6/19 a 7/20) – Parte 1 da Ficha de Atividade Coletiva

Este estudo delimitou alguns campos na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS AB, para contribuir nas análises das práticas dos Consultórios na Rua. Na referida Ficha do prontuário eletrônico da AB foram escolhidos os campos: tipo de atividade/reunião (reunião de equipe, reunião com outras equipes de saúde, reunião intersetorial/conselho local de saúde/controle social) e os temas da reunião (questões administrativas/funcionamento, processo de trabalho, diagnóstico do território/monitoramento do território, planejamento/monitoramento das ações da equipe, discussão de caso/PTS, educação

permanente e outros), além da atividade/ação em saúde (educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo, mobilização social).

A Ilustração 17 apresenta os tipos de reuniões que podem ser registradas pelos Consultórios na Rua. Estas reuniões podem ser: reunião de equipe, com outras equipes de saúde ou reunião intersetorial/conselho local de saúde/controle social.

Ilustração 17 – Percentual (%) de reuniões das eCR por tipo de reunião e região do Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

A reunião de equipe trata das reuniões internas do Consultório na Rua, com a participação apenas dos membros da própria equipe. A reunião com outras equipes de saúde indica a reunião do Consultório na Rua com CAPS, hospitais, UPA, entre outros momentos que incluem as demais equipes de AB (eSF, NASF AB, eSB, etc.). A reunião intersetorial/conselho local de saúde/controle social refere-se à realização de reunião com agentes externos da comunidade ou outros órgãos de governo, como: Centro Pop, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, Associação de Moradores, Organizações Não Governamentais, Conselhos Municipal e Estadual de Saúde e/ou de Assistência Social, escolas, instituições que operem no campo do trabalho e renda, entre outros) (BRASIL, 20218b).

Verifica-se na Ilustração 17 que o maior percentual de reuniões dos Consultórios na Rua é dedicado às reuniões internas da equipe, aquelas que acontecem com a participação apenas dos trabalhadores da eCR.

Diferentes autores alertam sobre a importância das reuniões de equipe para a organização do processo de trabalho dos Consultórios na Rua avaliados (D'AGUIAR, 2001; BRASIL, 2012a; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014; MEYER, 2014; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; MACHADO, 2017b; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018; SANTOS; CECCIM, 2018; MAGALHÃES, 2018; VALE; VECCHIA, 2019). Na literatura, no caso das eCR, a reunião de equipe é descrita como uma estratégia de ampliação da resolutividade. Ainda, é mencionada como um espaço de convergência de diferentes discussões sobre o processo de trabalho da equipe, a sistematização das ações da eCR no cotidiano para o planejamento da equipe antes e depois das atividades nas ruas, o monitoramento e a avaliação das ações das equipes, além de ser um espaço de educação permanente.

Santos e Ceccim (2018) destacam as reuniões entre a própria eCR como espaços para a discussão do processo de trabalho da equipe, onde o trabalhador pode falar de suas percepções, incômodos, ideias e estranhamentos. Nesse sentido, Magalhães (2018) ressalta que este tipo de reunião pode se caracterizar como um modo de construção da grupalidade no interior da equipe.

Em que pese, como comentado, o Consultório na Rua tenha em seu processo de trabalho espaço para se reunir e discutir as principais questões que permeiam o seu cotidiano de trabalho, é importante refletir sobre o percentual de reuniões internas (em média 49,3%) apenas com os trabalhadores. Estas ocupam um espaço significativo na agenda de reuniões da eCR, sobretudo quando comparadas ao volume na agenda para as reuniões com outras equipes de saúde ou para as reuniões intrasetoriais/conselho de saúde/controlado social. Tendo em vista a importância de o Consultório na Rua consiga se comunicar e articular “com o fora”, com as demais equipes de saúde e as equipes e os serviços do território que se relacionam com a PSR, a concentração em reuniões internas pode diminuir essas frentes de contato com a rede.

Seguindo com os dados apresentados pela Ilustração 17, as reuniões com outras equipes de saúde ocuparam o segundo lugar na agenda de reuniões das eCR, no período, ocupando 26,2% da agenda de reuniões do Consultório na Rua.

A necessidade de construir parcerias para a efetivação do acesso, da cidadania e da resolutividade reforça o ponto estratégico das reuniões com as demais equipes do setor saúde (D'AGUIAR, 2001; MACHADO, 2017b; MAGALHÃES, 2018). Como explanado na discussão sobre as principais condições avaliadas pelas eCR, em diversas delas será necessária uma articulação com os CAPS, os ambulatórios de especialidades, os serviços específicos de atenção e cuidado para o HIV/AIDS, entre outros. O mesmo acontece quando

se observa as análises realizadas sobre os principais parceiros nos encaminhamentos realizados pela eCR. Além disso, a articulação entre a eCR e as demais equipes de saúde será fundamental (BRASIL, 2012a). Assim, verifica-se a centralidade da reunião com as demais equipes e serviços de saúde no processo de trabalho da eCR.

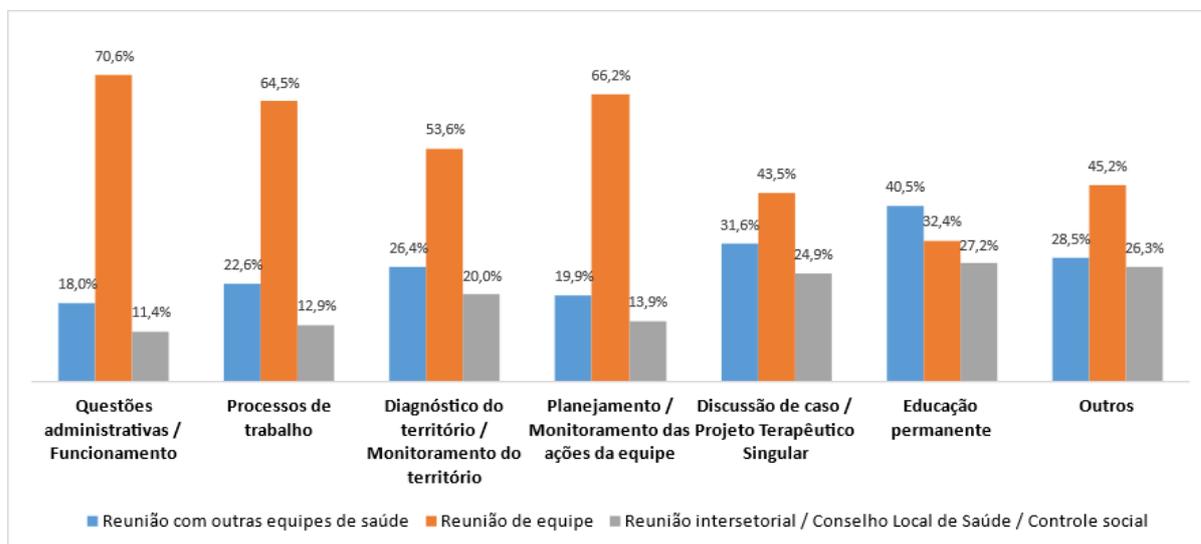
A Ilustração 17 ainda revela que a reunião intersetorial/conselho local de saúde/controle social é a que detém o menor espaço percentual (em média 24,6%) na agenda dos Consultórios na Rua.

A agenda intersetorial do Consultório na Rua é considerada por diversos autores como um ponto importante do processo de trabalho da eCR, apontando para a intersectorialidade como determinante em relação ao grau de resolutividade do sistema de saúde e da eCR (D'AGUIAR, 2001; MACHADO, 2017b; MAGALHÃES, 2018). Magalhães (2018), ao tratar da questão da relação entre a intersectorialidade e a resolutividade, reforça a importância de reuniões regulares, com periodicidade definida e sustentada entre as eCR e os NASF AB para discussão de casos e educação permanente, como forma de facilitar o trânsito da eCR na AB (MAGALHÃES, 2018).

Vale reforçar o comentário feito em relação ao percentual de reuniões internas do Consultório na Rua (49,3%) e como a hipertrofia deste tipo de reunião pode “retirar tempo” ou produzir menor espaço na agenda da equipe para outros tipos de reunião igualmente importantes para a eCR e que promovem a visibilidade da agenda do Consultório na Rua com o “fora”, a rede e a sociedade civil, relações relevantes para que a equipe possa ser mais efetiva na garantia do acesso e da resolutividade.

Na Ilustração 18 é apresentado o conjunto de temas possíveis de serem registrados na Ficha de Atividade Coletiva para os três tipos de reunião (apresentados e discutidos na Ilustração 17). Os temas das reuniões podem ser as questões administrativas/funcionamento, o processo de trabalho, o diagnóstico do território/monitoramento do território, planejamento/monitoramento das ações da equipe, a discussão de caso/PTS, a educação permanente e outros.

Ilustração 18 - Percentual (%) de reuniões das eCR por tipo de reunião e tema, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

Um dos temas para as reuniões são as questões administrativas e de funcionamento da UBS de referência do Consultório na Rua. Recorrendo à literatura mapeada sobre as questões administrativas, Araújo (2019) e Cardoso e colaboradores (2018) ressaltam que o Consultório na Rua está ligado a uma rede de serviços e que esta ligação também se dá e se sustenta por definições administrativas. Estas provêm garantias institucionais de que os fluxos entre os serviços da rede, para o caso de encaminhamentos necessários no cuidado e na atenção para a PSR, sejam efetivos. A necessidade de relações da eCR com as diversas áreas (como a habitação, a assistência social e a segurança pública) e mesmo dentro do setor saúde (como as demandas por marcação de consulta, exames e acompanhamentos a outros serviços), é significativa e processos administrativos e institucionais robustos podem contribuir (CARDOSO et al., 2018; ARAÚJO, 2019).

Outro tema possível para as reuniões é o do processo de trabalho, quando são discutidas questões referentes aos núcleos profissionais, à relação da eCR com as demais equipes da UBS e da rede, ao contexto geral na perspectiva da PNAB (sempre estabelecendo o território como eixo principal e norteador das discussões) e às questões clínicas, ou seja, tudo que envolver o processo de trabalho do Consultório na Rua.

A literatura pesquisada aborda o processo de trabalho dos Consultórios na Rua por diferentes prismas. A PNAB 2017 relaciona, entre outras questões, à forma de organização do processo de trabalho na AB à resolutividade das equipes (BRASIL, 2017a). Um processo de trabalho que esteja orientado pelas diretrizes da AB (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016;

SANTOS; CECCIM, 2018; MAGALHÃES, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018) e integrado à rede local oferece maior chance de pautar a agenda da equipe pelas demandas e necessidades da população acompanhada, flexibilizando as formas de organizar as estratégias de atenção e cuidado (tornando a equipe um serviço de baixa exigência) (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020).

O tema do diagnóstico do território/monitoramento do território indica a realização de reunião de equipe para debater a situação de saúde do território a partir de dados dos sistemas de informação em saúde, formulando os indicadores e o retrato epidemiológico da população assistida. O diagnóstico do território emerge no contexto da literatura como um dos mecanismos para assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população local (STARFIELD, 2002, MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a), lembrando a centralidade do cadastramento da PSR como componente fundamental dos diagnósticos produzidos pelo Consultório na Rua (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; VARGAS; MACERATA, 2018; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020; GRANJA; LIMA, 2020).

Ainda tratando das definições dos temas possíveis para as reuniões no e-SUS AB, tem-se o planejamento/monitoramento das ações da equipe, que indica a reunião com foco no planejamento de ações de saúde do Consultório na Rua, a partir do diagnóstico da situação de saúde do território, com utilização de indicadores e epidemiologia dos dados de saúde produzidos pela equipe. O tema do planejamento e do monitoramento das ações é abordado pela literatura levantada e diferentes perspectivas são apontadas sobre o assunto. O compartilhamento de responsabilidade do acompanhamento entre os envolvidos (eCR, AB, rede local, gestores, trabalhadores, comunidade, entre outros) é uma das questões apontadas para a construção de um processo de planejamento mais amplo (BRASIL, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009).

A importância de critérios de avaliação ou indicadores, para dar robustez ao planejamento, é outro ponto elucidado pela literatura (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO, 2017b). Em relação ao tema do monitoramento, a literatura mapeia múltiplas entradas na temática. A primeira aproximação ressalta a relevância no campo da saúde, de garantir a centralidade dos processos de monitoramento e avaliação, com vistas à sua institucionalização e considerando as mudanças dos perfis demográficos, a ampliação dos gastos em saúde, acrescido da necessidade de viabilização de acesso de modo equânime, e os antigos e novos desafios dos sistemas universais de saúde (CHAMPAGNE et al., 2011; SANTOS, 2016). Neste sentido, a literatura estudada sublinha que o processo de monitoramento e avaliação

tem a função de subsidiar a tomada de decisão da gestão (PATTON, 1997; SILVA, 2005; HARTZ, 2008; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SOUSA, 2018).

A complementariedade entre as dimensões quantitativas e qualitativas na composição do processo de monitoramento e avaliação é outro ponto reforçado pela literatura (VAITSMAN; RODRIGUES; PAES-SOUSA, 2006; CHAMPAGNE et al., 2011; JANNUZZI, 2016; SANTOS, 2016).

O tema discussão de caso/PST é a opção utilizada para o caso da reunião que tem como caso de saúde o de uma pessoa ou família em situação de rua, que resulta na elaboração de um projeto terapêutico singular. Esta opção também poderá ser utilizada para os projetos de saúde do território, que buscam ações direcionadas à produção de saúde e à redução de vulnerabilidades em um determinado território.

A discussão de casos, a metodologia específica de discussão e a construção de estratégias de atenção e cuidado, denominada Projeto Terapêutico Singular (PTS), também são abordados pela literatura do campo, indicando que a construção do PTS é um modo de dar maior resolutividade para os Consultórios na Rua (MEYER, 2014; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; MACEDO; MACHADO, 2016). Macedo e Machado (2016) chamam a atenção para o contexto das eCR, grifando que os PTS devem ser baseados nas histórias de vida das pessoas, em suas condições de vida, nas suas necessidades e nos seus desejos, reforçando também que as orientações e a construção de estratégias de cuidado propostas pelos PTS devem ocorrer por meio de conversas em consultas na UBS ou nas ruas (MACEDO; MACHADO, 2016).

Há, ainda, o tema da educação permanente, opção utilizada quando o Consultório na Rua desenvolve uma atividade de produção de conhecimento. Tais atividades têm como premissa as circunstâncias e os problemas do processo de trabalho, de modo crítico e criativo, envolvendo práticas que considerem elementos que façam sentido para os profissionais envolvidos.

A PNAB 2017 e o “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” (BRASIL, 2012a; 2017a) reafirmam a função privilegiada que a educação permanente deve ter no processo de trabalho dos Consultórios na Rua. Na literatura científica, este tema emerge da ideia da ampliação da resolutividade das ações da eCR (MAGALHÃES, 2018), reafirmando a necessidade de que sejam criados via educação permanente e que sejam sustentados periodicamente no cotidiano das equipes e nos espaços de troca e construção de pontes entre a eCR e as demais equipes e serviços que lidam com a PSR (MAGALHÃES, 2018; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018).

Ao cabo, tem-se a opção de outros temas no campo destinados ao registro de temas que não se encontram contemplados pelos seis anteriores (BRASIL, 2018b).

Ainda na Ilustração 18 está apresentada a distribuição dos temas pelos tipos de reuniões de trabalho dos Consultórios na Rua. Nas reuniões de equipe (internas, apenas com os trabalhadores da eCR) os principais temas que ocuparam a agenda foram as questões administrativas (70,6%), o planejamento/monitoramento das ações da equipe (66,2%) e o processo de trabalho (64,5%).

As questões administrativas ocuparem, proporcionalmente, o topo da agenda de reuniões das eCR (70,6%) causa certo estranhamento, tendo em vista a gama de outros temas e contribuições que estes podem ter para a organização do processo de trabalho da eCR. Analisando as questões administrativas e suas funções para o processo de trabalho da eCR, retoma-se a Araújo (2019) e Cardoso et al. (2018), que ressaltam que a ligação da eCR na rede local se dá também por definições administrativas e garantias institucionais, que tentam sustentar os desenhos dos fluxos entre os serviços da rede, com vistas a uma maior efetividade da relação com a rede (habitação, assistência social, segurança pública e o setor saúde) (CARDOSO et al., 2018; ARAÚJO, 2019). Deste modo, este tema estar nas pautas das reuniões internas da eCR pode tentar garantir mais institucionalidade às articulações propostas. Ainda assim, temas como o diagnóstico/monitoramento do território (53,6%), a discussão de caso/PTS (43,5%) e a educação permanente (32,4%) figurarem entre os temas menos presentes nas reuniões internas das eCR alerta sobre a possibilidade de temas que possuem um potencial interessante de pautar, problematizar e organizar o processo de trabalho, como apontado pela literatura, estejam sendo pouco utilizados (MEYER, 2014; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; MACEDO; MACHADO, 2016; BRASIL, 2017a; MAGALHÃES, 2018; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018).

O tema do planejamento/monitoramento das ações da equipe (66,2%) ocupa o segundo lugar na hierarquia revelada pelo e-SUS AB entre os temas mais presentes nas reuniões internas da eCR. Esta posição garante importância a um tema que pode contribuir significativamente para o processo de trabalho das eCR, pois tem relação com a garantia da centralidade dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação na agenda da eCR, além de pautar sua institucionalização nos espaços formais internos de reflexão e de tomada de decisão da equipe (PATTON, 1997; SILVA, 2005; HARTZ, 2008; CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SANTOS, 2016; SOUSA, 2018). Além disso, este tema ocupar as reuniões internas da eCR possibilita a percepção da importância da cultura informacional como estratégia de sustentabilidade dos processos de monitoramento e

avaliação dos resultados das ações em saúde (FELISBERTO, 2004; BRASIL, 2007; OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; MACHADO, 2017b). Por fim, o tema do planejamento e monitoramento nas reuniões internas da eCR abre a possibilidade de que a equipe possa refletir sobre a construção de critérios avaliativos que possam dar robustez ao planejamento (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO, 2017b), proporcionando também espaço para a reflexão sobre estratégias para dar transparência às ações da equipe e seus efeitos junto à PSR e à gestão, ampliando a confiabilidade nos critérios de avaliação e na própria eCR (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO; PASSOS, 2018).

O processo de trabalho (64,5%) figurar no terceiro lugar na agenda dos temas das reuniões internas do Consultório na Rua, mas ocupando, ainda, um lugar de destaque é oportuno, pois a literatura associa esta questão à ampliação da resolutividade da equipe, sobretudo um processo de trabalho orientado pelas diretrizes da AB (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; BRASIL, 2017a; SANTOS; CECCIM, 2018; MAGALHÃES, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018). Além disso, as reuniões internas podem se caracterizar como espaços que garantam as diversas dimensões que perpassam o cotidiano do trabalho (visíveis e invisíveis) (VARGAS; MACERATA, 2018), proporcionando espaço também para que as questões relacionais entre os membros da equipe, a gestão e os usuários possam emergir e serem trabalhadas coletivamente (KAMI et al., 2016a; MACEDO; MACHADO, 2016; CARDOSO et al., 2018; VARGAS; MACERATA, 2018). Outra contribuição da discussão do processo de trabalho nas reuniões internas é a de possibilitar a reflexão constante sobre as exigências da equipe para o acesso e as ofertas de cuidado, na tentativa de tornar a agenda da equipe mais porosa às demandas e necessidades da PSR (serviço de baixa exigência) (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020). Por fim, a sustentação do espaço de discussão interna da eCR sobre o processo de trabalho pode ampliar na equipe as formas de integração com a rede local. Com isso, é possível refletir e propor modos objetivos que possibilitem a integração com as demais equipes e serviços que atuam junto à PSR (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020).

A mesma Ilustração 18 revela que os principais temas nas reuniões com outras equipes de saúde, no período, foram a educação permanente (40,5%), a discussão de caso/PTS (31,6%) e o diagnóstico do território/monitoramento do território (26,4%).

Nas reuniões com outras equipes de saúde, a educação permanente (40,5%) é o tema com maior proporção neste tipo de reunião. Este ponto indica uma possibilidade interessante de compartilhamento de conhecimentos e experiências entre as eCR e as demais equipes de

saúde. A educação permanente ocupar um lugar privilegiado na agenda da eCR demonstra uma possibilidade concreta de que as eCR possam utilizar esta metodologia formativa, baseada nos problemas do dia a dia das equipes, nos casos, nas situações, nas experiências que considerem e se conectem com a realidade e nas circunstâncias que tenham de fato sentido para os profissionais envolvidos. Como verificado na literatura, a possibilidade desta ação produzir efeitos na resolutividade da eCR e na emancipação das demais equipes de saúde, para que possam acolher e acompanhar a PSR de modo mais autônomo, sem que a eCR precise sempre estar junto, é significativa (BRASIL, 2012a; 2017a; MAGALHÃES, 2018; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018).

A discussão de casos/PTS (31,6%) é o segundo tema na agenda das eCR para este tipo de reunião. No caso da reunião com outras equipes de saúde, a possibilidade de discutir os casos e construir PTS ganha outras funcionalidades. A utilização dos casos para a construção de vínculo entre as diferentes equipes de saúde é o fenômeno que merece o maior destaque, fazendo do caso um ponto de contato e compromisso entre o Consultório na Rua e as demais equipes de saúde envolvidas (MACEDO; MACHADO, 2016).

O terceiro tema mais presente entre as reuniões com outras equipes de saúde é o diagnóstico do território/monitoramento do território (26,4%), o que vale um destaque positivo, posto o lugar que o diagnóstico do território tem para a organização dos processos de trabalho na AB (STARFIELD, 2002, MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a). Apenas cabe aqui reforçar a análise realizada anteriormente sobre a importância das questões administrativas (18%) na solidificação da conexão entre a eCR e as demais equipes do território, sobretudo no sentido institucional (garantindo fluxos e efetividade dos acordos locais) (CARDOSO et al., 2018; ARAÚJO, 2019). Cabe uma menção sobre a importância do cadastramento da PSR como elemento central (atualmente com 45% da PSR cadastrada no SUS) para qualificar os diagnósticos produzidos pela eCR (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; VARGAS; MACERATA, 2018; PAULA et al., 2018; GRANJA; LIMA, 2020; ENGSTROM et al., 2020).

Ainda sobre as reuniões com outras equipes de saúde, o processo de trabalho (22,6%) fica com o quarto maior percentual entre os temas possíveis. Em se tratando de reuniões com outras equipes de saúde, a discussão do processo de trabalho da eCR pode contribuir significativamente para apresentar as possibilidades e os limites do trabalho do Consultório na Rua para as demais equipes do setor saúde, podendo contribuir também para a distinção entre as atribuições e as responsabilidades entre as equipes. A possibilidade de discutir e distinguir em conjunto quais são as atribuições e as responsabilidades das equipes de saúde em relação à

PSR (quais são as atribuições e as responsabilidades da eCR no acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico e/ou problemas na relação com álcool e outras drogas, apontando que é de responsabilidade do CAPS e da eCR, por exemplo) pode ser um uso interessante do tema do processo de trabalho neste tipo de reunião, sobretudo reforçando junto às demais equipes de saúde as possibilidades e os limites da eCR como uma equipe de AB (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SANTOS; CECCIM, 2018; MAGALHÃES, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018). Além disso, as reuniões com as outras equipes de saúde podem colaborar com a qualificação das relações entre o conjunto de trabalhadores da saúde, tendo em vista que o espaço de trocas nas reuniões pode aproximar os laços entre todos (KAMI et al., 2016a; MACEDO; MACHADO, 2016; CARDOSO et al., 2018). O último ponto de destaque para o tema do processo de trabalho entre as equipes de saúde, já analisado em relação às reuniões internas, é o potencial de as reuniões do setor saúde ampliarem ainda mais as possibilidades de reflexão sobre as exigências da rede de saúde para o acesso e as ofertas de cuidado, com a finalidade de aumentar a porosidade da rede às demandas e às necessidades da PSR (serviço de baixa exigência) (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020).

As reuniões com outras equipes de saúde se apresentam como o quinto tema mais presente no planejamento/monitoramento das ações da equipe (19,9%). No contexto do setor saúde, este tema contribui para a troca entre as equipes sobre a importância da cultura informacional como modo de fortalecer os processos de monitoramento e avaliação dos resultados das ações em saúde para a PSR (FELISBERTO, 2004; BRASIL, 2007; OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; MACHADO, 2017b). A presença do tema nas reuniões das equipes do setor saúde fortalece as possibilidades de institucionalização do planejamento, do monitoramento e da avaliação em relação ao trabalho com a PSR (PATTON, 1997; SILVA, 2005; HARTZ, 2008; CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SANTOS, 2016; SOUSA, 2018). Critérios de avaliação construídos de forma mais ampla, com as demais equipes da saúde (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO, 2017b), favorecem a transparência e a comunicabilidade dos efeitos das ações do setor saúde junto à PSR (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO; PASSOS, 2018).

Por fim, entre as reuniões com outras equipes de saúde, o tema das questões administrativas/funcionamento (18%) ocupa o sexto lugar.

A Ilustração 18 também traz os percentuais dos temas nas reuniões intersetoriais/conselho local de saúde/controle social. Neste tipo de reunião, os temas

principais que emergem do e-SUS AB são a educação permanente (27,2%), a discussão de caso/PTS (24,9%) e o diagnóstico/monitoramento do território (20%). Cabe destacar que o planejamento/monitoramento das ações da equipe (13,9%), o processo de trabalho (12,9%) e as questões administrativas/funcionamento (11,4%) tiveram percentuais muito próximos.

Assim como nas reuniões com outras equipes de saúde, a educação permanente (27,2%) ocupar o tema de maior destaque, proporcionalmente, na agenda das eCR nas reuniões intersetorial/conselho local de saúde/controle social, pode indicar a mesma possibilidade de compartilhamento de conhecimentos e habilidades, com vistas à ampliação da autonomia das demais equipes do território para o trabalho com a PSR (BRASIL, 2012a; 2017a; MAGALHÃES, 2018; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018).

Ainda sobre as reuniões intersetorial/conselho local de saúde/controle social, o tema da discussão de casos/PTS (24,9%) é o segundo mais presente percentualmente neste tipo de reunião. Além das contribuições já analisadas e discutidas nos outros dois tipos de reunião, cabe reforçar que no contexto intersetorial, a discussão de casos e a construção de PTS podem igualmente contribuir para fazer convergir a rede intersetorial, a partir dos casos concretos da PSR no território (MACEDO; MACHADO, 2016).

O tema que ocupa o terceiro lugar nas prioridades das eCR nas reuniões intersetorial/conselho local de saúde/controle social é o do diagnóstico/monitoramento do território (20%). Cabe aqui o reforço das análises realizadas sobre este tema no contexto das reuniões com outras equipes de saúde, agregando-se as possibilidades de que o diagnóstico/monitoramento do território ganha contornos ampliados a toda rede, inseridos em reuniões que envolvam mais atores, serviços e equipes locais (STARFIELD, 2002, MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a).

Por fim, no quarto tema mais presentes nas reuniões intersetorial/conselho local de saúde/controle social surge o do planejamento/monitoramento das ações da equipe (13,9%). Novamente, o contexto da intersetorialidade retoma e reitera análises sobre os dois tipos de reunião discutidos anteriormente, reafirmando estas reuniões como espaço de fortalecimento da cultura informacional e como modo de fortalecer os processos de monitoramento e avaliação dos resultados das ações da rede (FELISBERTO, 2004; BRASIL, 2007; OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; MACHADO, 2017b). Reforça também as possibilidades de institucionalização do planejamento, do monitoramento e da avaliação junto à rede local em relação às ações com a PSR (PATTON, 1997; SILVA, 2005; HARTZ, 2008; CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SANTOS, 2016; SOUSA, 2018), oferecendo o espaço da reunião como *locus* para a

construção de critérios de avaliação construídos intersetorialmente (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO, 2017b). Deste modo, contemplando as dimensões quantitativas e qualitativas, a intersetorialidade favorece a composição de critérios de monitoramento e avaliação (VAITSMAN; RODRIGUES; PAES-SOUSA, 2006; CHAMPAGNE et al., 2011; JANNUZZI, 2016; SANTOS, 2016) transparentes e comunicáveis para toda a rede (ROUQUAYROL, 1993; MACHADO; PASSOS, 2018).

Por fim, em quinto lugar na hierarquia dos temas elencados nas reuniões intersetorial/conselho local de saúde/controlado social está o do processo de trabalho (12,9%). Este tipo de reunião, como já foi discutido em relação às reuniões com as demais equipes do setor saúde, também pode contribuir para fazer com que as possibilidades e os limites do Consultório na Rua sejam de conhecimento da rede. Pode, ainda, favorecer que as distinções entre os trabalhos e as responsabilidades dos diferentes setores que atuam junto à PSR fiquem evidentes para todos os envolvidos (eCR, Centro Pop, CREAS, CAPS, equipes de abordagem social, abrigos, entre outros) (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SANTOS; CECCIM, 2018; MAGALHÃES, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018). Outro ponto já discutido, mas que no contexto das reuniões intersetoriais merece destaque, é como estas reuniões podem ser espaços de troca, qualificação das relações, colaboração entre os serviços e fortalecimento de laços, em busca de uma ampliação da resolutividade (KAMI et al., 2016b; MACEDO; MACHADO, 2016; CARDOSO et al., 2018). Isto reduziria as exigências dos serviços da rede para o acesso às ofertas dos serviços e equipes envolvidas (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020).

Ainda sobre os temas das reuniões dos Consultórios na Rua, apresentados pela Ilustração 18, merece destaque o percentual dado à educação permanente como tema nas reuniões de equipe/internas (32,4%), sendo o menor percentual para estas reuniões. Machado e Rabello (2018), em estudo sobre as competências necessárias para formar um trabalhador para uma eCR, já apontavam que, entre os trabalhadores de eCR pesquisados, o tema da educação permanente não era valorizado como um componente relevante para a formação deste trabalhador (MACHADO; RABELLO, 2018).

Nas reuniões com outras equipes e nas reuniões intersetorial/conselho local de saúde/controlado social, o tema das questões administrativas é o que apresenta menor prestígio.

#### 4.2.3.4 Análise dos itens da Ficha de Atividade Coletiva (período: 7/19 a 6/20) - Parte 2 da Ficha de Atividade Coletiva

A Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS AB oferece também opções para que sejam registradas ações coletivas de saúde e os diferentes públicos-alvo que participaram destas ações. As atividades coletivas possíveis de serem registradas são as de educação em saúde, os atendimentos em grupo, as avaliações/procedimentos coletivos e as mobilizações sociais. Os públicos-alvo escolhidos para este estudo são as pessoas com doenças crônicas, os usuários de tabaco, os usuários de álcool, os usuários de outras drogas, os profissionais de educação, os portadores de sofrimento mental e outros.

Quanto aos tipos de ações em saúde e suas definições na Ficha de Atividade Coletiva, a educação em saúde indica momentos pedagógicos como rodas de conversa com temas da saúde ou encenações teatrais e musicais sobre algum tema em saúde, podendo também envolver atividades de sala de espera na UBS ou mesmo campanhas pontuais de saúde, entre outras.

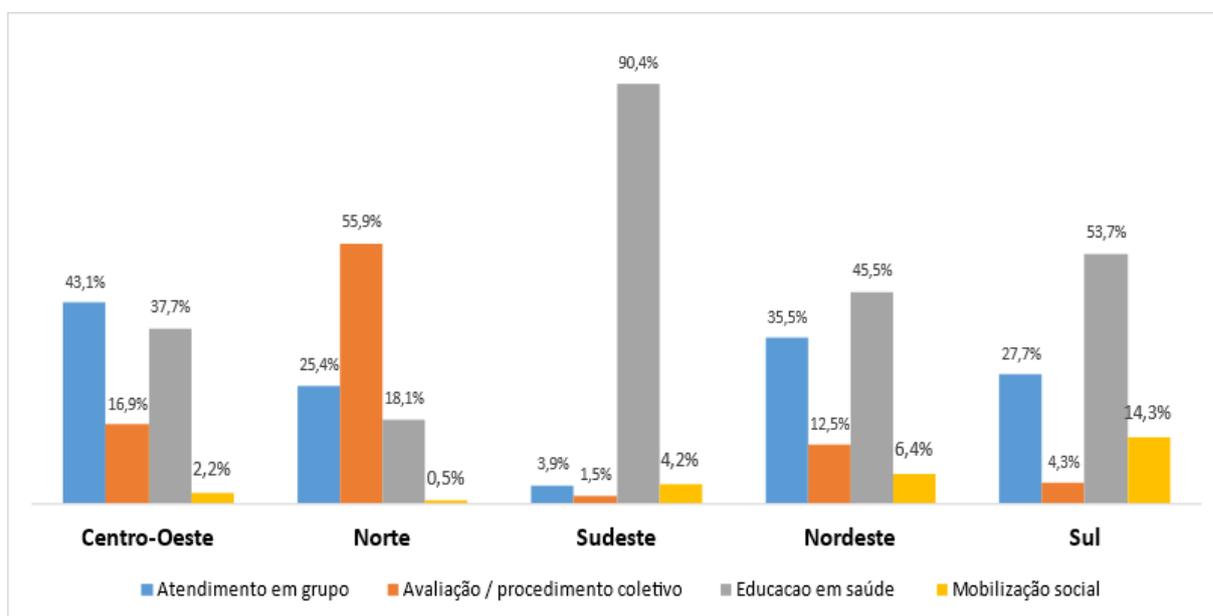
No caso do atendimento em grupo, este campo indica a realização de grupos terapêuticos, operativos, oficinas, temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, de atividade física, terapia comunitária, entre outros.

Já a avaliação/procedimento coletivo indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, testes de acuidade visual, entre outros.

Por último, o campo referente à mobilização social indica as ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade (BRASIL, 2018b).

A Ilustração 19 apresenta o percentual de atividades coletivas realizadas pelos Consultórios na Rua, estratificadas por tipo de atividade (educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo e as mobilizações sociais).

Ilustração 19 – Percentual (%) de atividades coletivas por tipo de atividade e público-alvo. Brasil, entre 07/2019 e 06/2020.



Fonte: SISAB, 2020.

Os atendimentos em grupo receberam alguns tratamentos na literatura visitada. Na PNAB, o trabalho com grupos é valorizado enquanto princípio e diretriz, tendo em vista que a AB considera os indivíduos, mas opera em âmbito populacional, o que coloca os grupos e a perspectiva da construção de grupalidade em lugar privilegiado (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017a). Além disso, o trabalho com grupos é considerado como atribuição comum a todos os trabalhadores da AB, no sentido de que todos devem saber manejar as ações em grupo (BRASIL, 2017a).

Revisitando a literatura mapeada específica sobre os Consultórios na Rua, a questão da centralidade e da atenção às singularidades dos diferentes grupos populacionais e do trabalho (manejo) é reafirmada por diversos autores, ressaltando a importância das ofertas grupais (MEYER, 2014; LIMA, 2015; MAGALHÃES, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018; CAMPOS, 2018; MAGALHÃES, 2018; ENGSTROM et al., 2020). Para alguns autores, a oferta de grupos entre as ofertas de cuidado em saúde é um dos objetivos da equipe. Analisando uma característica específica do trabalho com grupos nas eCR, Campos (2018) menciona experiências nas quais estudantes, com seu processo de formação ligados à eCR, puderam contribuir com a ampliação das ofertas da equipe, entre elas com a oferta de grupos de planejamento familiar. Com isso, a autora reforça ainda mais as possibilidades da relação entre eCR e as instituições de formação.

Os procedimentos podem ser discutidos por diferentes prismas na AB. A PNAB 2017 insere os procedimentos realizados na AB em diferentes contextos, mas quase sempre ligados à ideia de resolutividade. Inicialmente, associando a ampliação e a resolutividade dos procedimentos realizados na AB, para a redução de encaminhamentos desnecessários. Há também na PNAB 2017 a inserção de padrões de ações e serviços da AB essenciais e ampliados. Nos padrões essenciais os procedimentos são os básicos da AB, enquanto nos padrões ampliados os procedimentos são os estratégicos, no sentido de ampliação do acesso e da qualidade das ofertas da AB. Por fim, a PNAB apresenta os procedimentos no contexto específico do campo profissional/categoria dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2017a).

No contexto da literatura sobre os Consultórios na Rua, os procedimentos também são abordados na perspectiva da ampliação das ofertas e da resolutividade, além da “desburocratização” das ofertas, no sentido de facilitar o acesso da PSR a estas ações (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018).

As ações de educação em saúde junto à população acompanhada são largamente difundidas na AB, em sua formulação nacional e internacional (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; BRASIL, 2017a), com as diretrizes para que sejam preferencialmente planejadas de acordo com as demandas e as necessidades da população, além de que sejam realizadas utilizando abordagens adequadas às necessidades e à realidade da população atendida (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; BRASIL, 2017a).

Na literatura pesquisada, Campos (2018), ao definir os objetivos da eCR, aponta as ofertas de cuidado e atenção como um dos objetivos e entre as ofertas trata da educação em saúde (CAMPOS, 2018). Granja e Lima (2020) enfatizam a educação em saúde como um dos caminhos para as possibilidades mais eficazes do trabalho do Consultório na Rua, reforçando a estratégia como oportuna para a realidade de ampla exposição da PSR aos diferentes fatores de risco. Ressaltam, ainda, que priorizar as ações individuais, ao invés das ações coletivas, pode limitar os resultados à atenuação dos estados e das condições de vulnerabilização da PSR (GRANJA; LIMA, 2020). Paula et al. reforçam que a oferta de ações de educação em saúde são ofertas importantes para a eCR (PAULA et al., 2018). Por fim, Meyer (2014) coloca as estratégias mediadas pela arte (uma das possibilidades das ações grupais) como significativas para ampliar a resolutividade da eCR (MEYER, 2014).

Sobre as questões referentes à mobilização social é importante frisar que as formas de controle social e participação popular no SUS são inicialmente estabelecidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990). O controle social, na PNAB 2017, é mencionado 11 vezes, em diferentes contextos (BRASIL, 2017a). É considerada uma das

responsabilidades da AB estimular a participação popular e o controle social, além de promover a mobilização das equipes e garantindo espaços para que a comunidade possa participar ativamente no exercício do controle social. Além disso, a participação da comunidade é uma das diretrizes da AB, junto com a orientação comunitária, como estratégia de ampliação da autonomia e dos laços de solidariedade da comunidade local, sem deixar de considerar o enfrentamento dos condicionantes e determinantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais, partindo de perspectivas centradas nas pessoas.

No item sobre o funcionamento da AB, o controle social é citado como uma parceria para que as ofertas de atenção e cuidado considerem as políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas. Promover a mobilização e a participação da comunidade com estímulo aos conselhos/colegiados, viabilizando o controle social na gestão da AB, é considerado pela PNAB (2017) uma das atribuições dos profissionais (BRASIL, 2017a).

Por último, o controle social emerge como uma parceria no acompanhamento das ações de vigilância em saúde.

A Pesquisa Nacional de População em Situação de Rua já indicava que apenas 2,9% da PSR pesquisada participava de movimentos sociais (BRASIL, 2009a). A Política Nacional de População em Situação de Rua também incentiva e apoia a organização e a participação da PSR nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas (BRASIL, 2009b).

A Ilustração 19 demonstra que entre as ações de saúde presentes na Ficha de Atividade Coletivas do e-SUS AB a educação em saúde (49,5%) é a mais realizada pelos Consultórios na Rua, seguida dos atendimentos em grupo (27,1%), da avaliação/procedimento coletivo (18,1%) e da mobilização social (5,5%).

No contexto do processo de trabalho dos Consultórios na Rua, as ações de educação em saúde (49,5%) ocuparem lugar privilegiado (1º) entre as ofertas de atividades coletivas pode ser analisado de forma positiva, visto que para uma equipe de AB a centralidade destas ofertas é ressaltada por diferentes autores (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; BRASIL, 2017a). Ações de educação em saúde que possam acontecer na UBS, nas ruas e/ou nas instalações dos demais parceiros da rede local podem contribuir para o aumento da resolutividade da eCR, além de possibilitar estratégias de construção de laços comunitários entre a PSR, os serviços e os trabalhadores da rede e serem mais significativas do que os atendimentos individuais (PAULA et al., 2018; GRANJA; LIMA, 2020). Abordando temas

gerais como condições de saúde, qualidade de vida, garantia de direitos, condições de vulnerabilização, redução de danos, sobretudo se utilizadas metodologias de trabalho mais simples, como as rodas de conversa e/ou por estratégias que utilizem a arte como mediação das relações, a educação em saúde pode ter um impacto importante (MEYER, 2014).

A Ilustração 19 revela também que os atendimentos em grupo (27,1%) tiveram percentual significativo entre as ofertas de atividades coletivas. Tal fato pode ser avaliado como positivo, pois tem potencial idêntico às ações de educação em saúde como estratégia de construção de laços comunitários entre as pessoas em situação de rua, os serviços e os profissionais envolvidos no trabalho com a PSR (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017a; PAULA et al., 2018; GRANJA; LIMA, 2020). As ofertas grupais foram destacadas por diversos autores (MEYER, 2014; LIMA, 2015; MAGALHÃES, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018; CAMPOS, 2018; MAGALHÃES, 2018; ENGSTROM et al., 2020). Porém, é preciso pontuar que diversos documentos e artigos apontam o trabalho com grupos como uma diretriz da AB e também como uma atribuição dos profissionais, o que nos leva a refletir sobre a necessidade de formação específica para as categorias presentes na AB que podem não ter esta competência nos seus processos formativos (como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e outros). Algumas categorias profissionais podem ter acesso em sua formação ao trabalho com grupos, como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores físicos (só para ficarmos com as categorias possíveis nas eCR), mas não se pode acreditar que todos os trabalhadores que estão na AB receberam formação específica para o trabalho com grupos. Isso remete à necessidade de interrogar esta diretriz, tendo em vista que esta foi a segunda maior oferta coletiva das eCR no período estudado.

Ainda sobre a Ilustração 19, os procedimentos coletivos (18,1%) foram a terceira maior oferta de atividades coletivas ofertadas pelas eCR no período estudado. Como visto no resgate da literatura mapeada, a oferta de procedimentos, incluindo os procedimentos coletivos, está bastante ligado à ampliação da resolutividade na AB, o que faz jus a um destaque por estas ações estarem compondo as ofertas das eCR. Uma parte das ações citadas nos manuais instrutivos de uso do e-SUS AB (BRASIL, 2018b) é do campo da odontologia, como a escovação dental supervisionada e a aplicação tópica de flúor, o que nos faz refletir sobre a ainda baixa inserção de profissionais da odontologia nos Consultórios na Rua (16 em todo o Brasil).

A Ilustração 19 ainda revela que a atividade coletiva com menor prestígio nos Consultórios na Rua é a mobilização social (5,5%). Este campo da ficha permite que sejam

mensuradas as ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. A Pesquisa Nacional de População em Situação de Rua aponta que a inserção da PSR em movimentos sociais (como por exemplo o Movimento Nacional de População de Rua) é baixa, apenas 2,9%. Neste sentido, vale frisar que estas ações devem receber mais atenção das eCR, pois além de uma atribuição das equipes e dos profissionais indicada pela PNAB 2017 (BRASIL, 2017a) e fomentada pela Política Nacional de População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), a participação da PSR em movimentos sociais pode contribuir para a construção das redes de apoio, da grupalidade e do pertencimento, tão caros ao SUS.

#### **4.3 As entrevistas com os pesquisadores, gestores de eCR, trabalhadores de eCR e usuários (PSR)**

Neste tópico são apresentados e analisados os resultados das entrevistas com os pesquisadores, gestores, trabalhadores de eCR e usuários (população em situação de rua). Para este estudo, foram selecionados participantes das cinco regiões do Brasil, totalizando 28 participantes.

É importante delimitar o cenário geral e o contexto nos quais se deram os convites para as entrevistas, que além dos critérios objetivos de inclusão e exclusão (já apresentados no item sobre o percurso metodológico e novamente neste item), contribuíram para definir os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários que foram convidados para participar da pesquisa. A inserção do autor desta tese como trabalhador da primeira eCR da cidade do Rio de Janeiro/RJ; o seu ingresso como técnico no Ministério da Saúde, onde atuou na gestão nacional destas equipes entre os anos de 2012 e 2019; e a participação, a partir de 2017, do Núcleo de Pesquisa Pop Rua, da Fiocruz Brasília, favoreceram uma entrada e um trânsito no cenário nacional dos Consultórios na Rua. As diferentes inserções do autor da tese facilitaram uma leitura e um reconhecimento do conjunto de atores em âmbito nacional que poderiam fazer parte desta pesquisa. A participação do autor desta tese em inúmeros eventos nacionais (seja como trabalhador de eCR, ou como técnico do Ministério da Saúde, ou mesmo como pesquisador da Fiocruz Brasília), possibilitou uma vasta rede de contatos neste campo, a qual foi articulada no momento das entrevistas para esta pesquisa, pois a “visão geral” do cenário nacional dos atores envolvidos poderia contribuir no mapeamento de entrevistados com maior participação nas arenas investigadas (pesquisa/academia, gestão, trabalho e movimentos sociais). Cabe reforçar que as inserções do autor aqui apresentadas em nada modificam os

critérios previamente indicados no item sobre a metodologia de pesquisa, apenas contribuem para que o leitor possa compreender, na íntegra, o contexto de como ocorreram os convites aos entrevistados.

Entre os entrevistados estão nove pesquisadores do tema Consultório na Rua, com publicações sobre o tema (no período entre 2009/2020). Além de pesquisadores, tais entrevistados possuem experiência prévia como trabalhadores e/ou supervisores de equipes que atuam junto à PSR. Em relação à distribuição regional dos pesquisadores, temos: Rio Grande do Sul (1); Distrito Federal (1); Goiás (1); São Paulo (1); e Rio de Janeiro (5). As categorias profissionais dos pesquisadores são: educador físico (1), odontólogo (1), sociólogo (1), médico (1), enfermeiro (2) e psicólogo (3).

No caso dos gestores entrevistados, foram selecionados cinco gestores de equipes de Consultório na Rua que tenham tido atuação em âmbito municipal e/ou estadual entre 2012 e 2020. Em relação à distribuição regional dos gestores, tem-se: Alagoas (1); Goiás (1); Rio de Janeiro (1); Amapá (1); e Rio Grande do Sul (1). Assim, de igual modo ao caso dos pesquisadores, os cinco gestores também atuaram como trabalhadores de eCR. As categorias profissionais dos gestores são: psicólogo (1), médico (1) e enfermeiro (3).

Os sete trabalhadores selecionados para as entrevistas são (ou foram) trabalhadores de Consultório na Rua entre 2012 e 2020. Quanto à distribuição regional dos trabalhadores pelos estados brasileiros, tem-se: Pará (1), Paraná (1), Goiás (1), Rondônia (1), Santa Catarina (1), São Paulo (1) e Alagoas (1). As categorias profissionais destes entrevistados são: odontólogo (1), educador físico (1), técnico de enfermagem (1), enfermeiro (1) e psicólogo (3).

Para as entrevistas com os usuários, pessoas em situação de rua, foram selecionadas sete pessoas. Todas foram atendidas por Consultórios na Rua enquanto estiveram em situação de rua (um dos entrevistados ainda segue em situação de rua), entre os anos de 2012 e 2020. Todos os entrevistados foram indicados por representantes do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR). Quanto à distribuição regional destes entrevistados, tem-se: Goiás (1), Alagoas (1), Pará (1), Paraná (1), Santa Catarina (1) e São Paulo (2).

A Ilustração 20 apresenta a distribuição dos grupos de entrevistados, apresentando seus estados de origem e as categorias profissionais.

Ilustração 20 – Distribuição dos entrevistados (28), por número de participantes, categorias profissionais e estados de origem.

GRUPO DE ENTREVISTADOS	Nº DE PARTICIPANTES	CATEGORIAS PROFISSIONAIS	ESTADOS
Pesquisadores	9	Educador físico, odontólogo, sociólogo, médico, enfermeiros e psicólogo	Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Goiás, São Paulo e Rio de Janeiro
Gestores	5	Psicólogo, médico e enfermeiros	Alagoas, Goiás, R. de Janeiro, Amapá e Rio Grande do Sul
Trabalhadores	7	Odontólogo, educador físico, técnico de enfermagem, enfermeiro e psicólogo	Pará, Paraná, Goiás, Rondônia, S. Catarina, São Paulo e Alagoas
Usuários	7	Artesão, assessor parlamentar, cozinheiro, sociólogo, direção nacional do MNPR	Goiás, Alagoas, Pará, Paraná, S. Catarina e São Paulo

Fonte: O autor, 2021.

A distribuição dos entrevistados em 11 estados, contemplando as cinco regiões do Brasil e as 12 categorias profissionais entre os grupos de entrevistados, pretende conferir pluralidade de olhares e falas para as entrevistas.

Todas as entrevistas aconteceram nos meses de março e abril de 2020. Os encontros foram realizados via a ferramenta de comunicação *online* Skype, com duração de uma hora e vinte minutos, em média, cada entrevista.

As 28 entrevistas, totalizando aproximadamente 31 horas, foram transcritas na íntegra, gerando 614 páginas no total. Em tempo aproximado, as entrevistas dos pesquisadores duraram, 69 minutos; dos gestores, 69 minutos; dos trabalhadores, 79 minutos; e dos usuários 48 minutos. As entrevistas foram lidas na íntegra pelos curadores<sup>11</sup> a partir das questões norteadoras (Apêndice B). As questões norteadoras das entrevistas serviram de gatilho para levantar a opinião dos diversos grupos de entrevistados sobre os elementos que favorecem ou dificultam a prática de uma equipe de Consultório na Rua. Além disso, foram abordadas as possibilidades de monitoramento e avaliação do trabalho das eCR e, após cerca de uma hora

<sup>11</sup> Por curadores nos referimos ao autor da tese e sua orientadora. Em diversos momentos da pesquisa, quando necessária a categorização ou a validação da categorização por pesquisadores independentes, a orientadora assumiu esse papel.

de entrevista, acontecia o levantamento da opinião dos entrevistados sobre os objetivos do Consultório na Rua<sup>12</sup>.

A leitura do material geral das entrevistas (614 páginas) foi submetida a uma primeira leitura flutuante pelos pesquisadores, na qual foram destacados todos os trechos que se relacionavam ou respondiam de alguma forma aos objetivos deste estudo. Desta primeira análise resultou uma lista de temas que se relacionavam com os objetivos da eCR, a resolutividade da equipe, os possíveis critérios de monitoramento e avaliação, os componentes do processo de trabalho da equipe, ou seja, tudo que pudesse se relacionar de um modo mais amplo com o Consultório na Rua.

Em seguida, os pesquisadores realizaram, de forma independente, uma primeira estratificação dos temas dentro das categorias/unidades de análise que orientam este estudo (objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação), após o que, em discussão conjunta, resultou em um primeiro consenso sobre a separação dos temas levantados nas entrevistas, compondo a primeira estratificação das noções de objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação.

Posteriormente, foi realizada uma segunda validação entre os pesquisadores independentes, desta vez adotando como parâmetro para a categorização e o agrupamento temático das três noções trabalhadas pelo estudo, o referencial teórico adotado para este estudo sobre cada categoria, adicionado dos achados da revisão documental e da literatura científica<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Optou-se por um roteiro que favorecesse aos entrevistados a livre discussão sobre o processo de trabalho das eCR. Porém, foi garantido que os temas de critérios de monitoramento e avaliação fossem abordados com perguntas como “o que você considera uma boa equipe?”, “como você sabe que uma eCR é boa?”, perguntas nas quais muito se abordou também sobre a resolutividade. Decidiu-se por deixar a pergunta sobre os objetivos para o fim da entrevista, para permitir ao entrevistado a construção de um arcabouço opinativo de modo que o objetivo elaborado fosse uma conclusão natural da sua fala.

<sup>13</sup> Vale aqui uma discussão breve sobre o referencial teórico-conceitual adotado neste estudo para mapear os sentidos e os significados de “objetivos”, “resolutividade” e “critérios de monitoramento e avaliação”. Na literatura sobre AB, em especial, cabe frisar algumas escolhas teórico-conceituais realizadas especificamente em relação ao conceito de “objetivo”. Na revisão de literatura específica sobre as equipes de Consultório na Rua, o termo “objetivo” surge, na maioria das vezes, de modo categórico (“o objetivo da eCR é”), porém, na literatura sobre AB, os termos mais usuais encontrados, que compreendem o que este estudo denomina como “objetivo”, são os termos “princípios”, “diretrizes” e “atributos”. Matta (2007), ao discutir os princípios e as diretrizes do SUS, nos alerta sobre a proximidade entre os termos princípios, diretrizes e atributos no aparato legal do SUS. Para o autor, os princípios do SUS se apresentam como o que serve de base e, ao mesmo tempo, representam os valores, as bandeiras de luta defendidas pelo sistema de saúde. Já as diretrizes são os rumos, as estratégias que organizam os caminhos e meios para atingir objetivos do SUS (MATTA, 2007 – p. 63 e 65). Os atributos têm relação com as propriedades particulares, o que caracteriza e define um objeto (HOUAISS, VILLAR; 2001). No caso da AB, o termo mais utilizado internacionalmente para apontar as características, o que define e o que se quer deste nível de atenção em saúde é “atributo” (STARFIELD, 2002). Com o intuito de possibilitar uma maior ampliação dos sentidos para as discussões, este trabalho assume os princípios e as diretrizes do SUS e da AB, assim como os atributos apontados para esta última, como referencial teórico da discussão sobre os objetivos dos Consultórios na Rua. Sobre os objetivos da AB, vimos que a PNAB 2017 a

Deste modo, neste estudo, as noções sobre objetivo presentes nas falas dos entrevistados foram consideradas como relativas ao campo dos objetivos quando estas falas, de alguma forma, respondiam à pergunta “quais os objetivos (princípios, diretrizes e/ou atributos) de um Consultório na Rua?”. Tais conteúdos foram agrupados na categoria “objetivos”.

De outro lado, foi considerado que a noção de resolutividade estava presente quando a fala do entrevistado respondia de algum modo à pergunta “o que favorece para que o Consultório seja mais resolutivo?”. Tais conteúdos foram agrupados na categoria “resolutividade”.

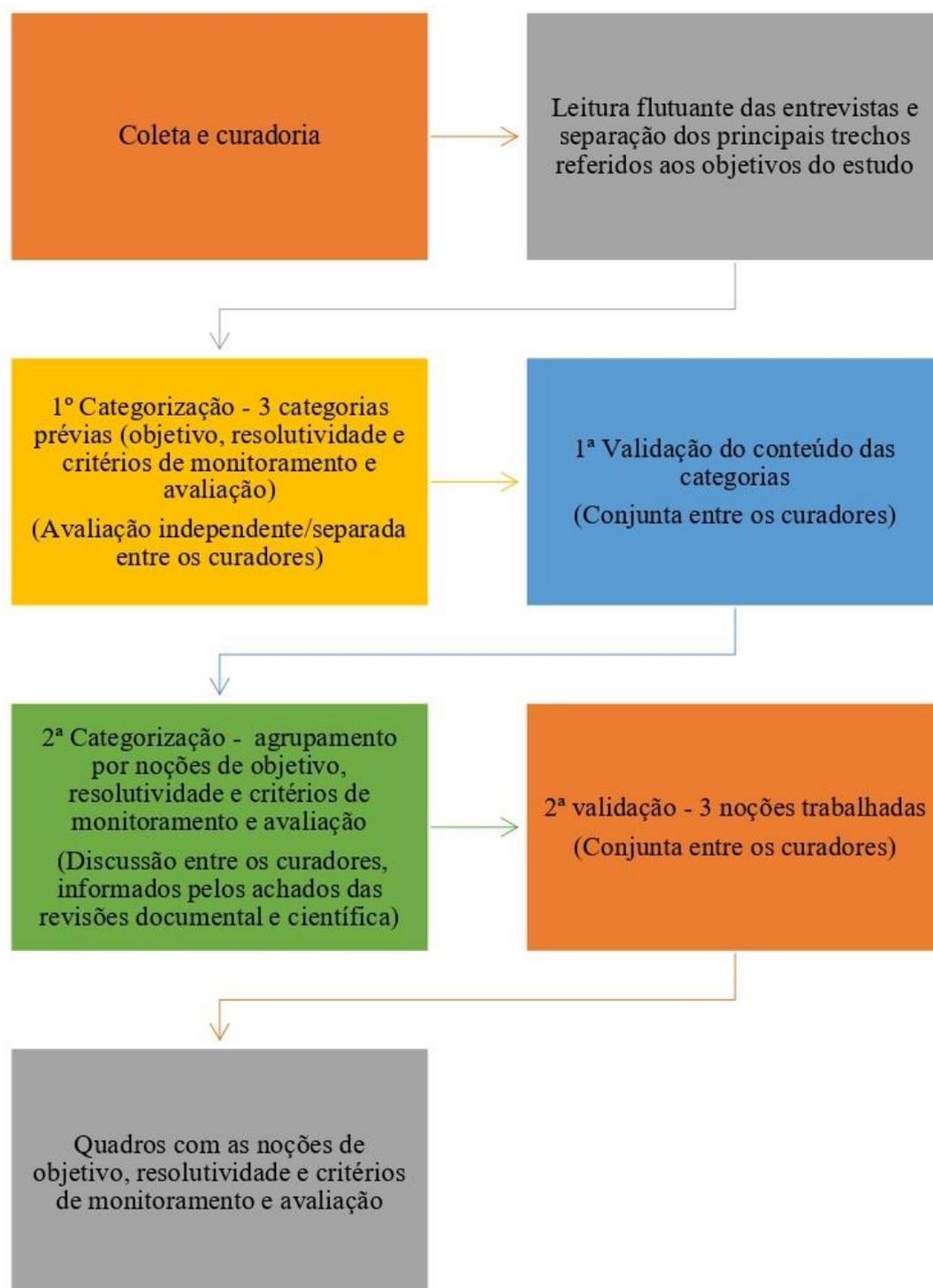
Por fim, foi considerado que a fala do sujeito trazia uma noção de critérios de monitoramento e avaliação quando seu conteúdo respondia, de algum modo, à pergunta “quais critérios de monitoramento e avaliação e/ou indicadores podem contribuir com a análise e avaliação do processo de trabalho dos Consultórios na Rua?”. Tais conteúdos foram agrupados na categoria “critérios”.

A Ilustração 21 apresenta o percurso metodológico realizado para a análise das entrevistas com os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários.

---

define como as ações de saúde (individuais e/ou coletivas) que envolvam a promoção, a prevenção, a proteção, a diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, desenvolvidas na perspectiva da integralidade do cuidado, realizadas por equipe multiprofissional, com território e população definidos, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a). Para os demais conceitos discutidos neste trabalho (resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação), tal cotejamento não será necessário, porque os léxicos utilizados para discuti-los não sofrem alteração quando comparados os discursos da academia, da política, da gestão e das práticas.

Ilustração 21 – Representação gráfica do percurso metodológico realizado para a análise das entrevistas com os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários.



Fonte: O autor, 2021.

Após a descrição do processo metodológico realizado para a análise das entrevistas, a seguir são apresentados os achados, as falas dos entrevistados e as análises críticas construídas.

#### 4.3.1 Com a palavra os entrevistados - noções de objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação através das práticas das eCR

Após as primeiras categorizações e validações, conforme explicado no início deste tópico, os pesquisadores procederam a uma validação final, resultando em uma ilustração estratificada em objetivos da eCR, resolutividade da eCR e critérios de monitoramento e avaliação para a eCR, a qual também foi objeto de posterior discussão e análise entre os pesquisadores, com o objetivo de validar as categorizações e evitar repetições e redundâncias entre os temas.

Este conjunto de procedimentos teve por objetivo a construção de uma aproximação gradual e cumulativa com o conteúdo das entrevistas e em prol da validação entre os pesquisadores das sínteses e análises produzidas. A todo o momento, os pesquisadores cotejaram o acúmulo sobre AB e Consultório na Rua para estratificar os temas iniciais e consensuar uma categorização final.

As ilustrações com as noções (sobre os objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação), produto das 28 entrevistas com os pesquisadores, gestores de eCR, trabalhadores de eCR e usuários (população em situação de rua), são apresentados e analisados a seguir, separados por grupo de entrevistados para contribuir com a comparação entre as perspectivas dos atores envolvidos.

Para cada uma das três categorias serão apresentados e analisados inicialmente os temas que estiveram presentes nas falas de mais de um grupo de entrevistados, para posterior apresentação e análise das temáticas particulares que emergiram em grupos específicos de entrevistados. Para as análises, foram utilizados o referencial teórico e a revisão documental e científica sobre as eCR, bem como serão apresentados trechos das falas dos entrevistados, para ilustrar as noções mapeadas.

##### 4.3.1.1 Noções sobre os objetivos da eCR na perspectiva dos entrevistados

A Ilustração 22 apresenta as noções sobre os objetivos do Consultório na Rua na perspectiva dos entrevistados. De início, serão analisadas as noções de objetivos da eCR que

foram citadas por mais de um grupo de entrevistados e, na sequência, as noções que foram citadas de modo singular, por grupo de entrevistados.

Ilustração 22 – Noções sobre os objetivos da eCR na perspectiva dos entrevistados.

	<b>PESQUISADORES</b>	<b>GESTORES</b>	<b>TRABALHADORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
Objetivos da eCR	<p>Garantir o acesso da PSR ao SUS</p> <p>Atuar em rede com as demais equipes, serviços e políticas públicas</p> <p>Atuar na perspectiva da longitudinalidade</p> <p>Tensionar a rede para o acesso e o atendimento da PSR</p> <p>Atuar na perspectiva da RD</p> <p>Respeitar as diferentes formas de existir e organizar a vida, na perspectiva da alteridade</p>	<p>Garantir acesso, direitos e cidadania</p> <p>Estar articulada com a rede local</p> <p>Ser elo de ligação entre diferentes setores</p> <p>Respeitar a alteridade da PSR</p> <p>Não deixar que a rede se desresponsabilize pela PSR por existir eCR no território/cidade</p>	<p>Ser porta de entrada para a PSR no SUS</p> <p>Integrar e articular a rede local</p> <p>Tensionar serviços e políticas públicas para o acesso e o atendimento da PSR</p> <p>Organizar sua clínica e processo de trabalho pela perspectiva RD</p> <p>Atuar na perspectiva da intersetorialidade</p> <p>Garantir o acesso aos serviços e às políticas públicas sem a mediação da eCR</p> <p>Promover a saúde e a autonomia da PSR, a ponto de ser capaz de demandar e exigir acesso aos direitos e às políticas públicas</p> <p>Atuar na perspectiva da AB, evitando o excesso de ações de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas (AD)</p> <p>Manter uma agenda política de garantia de direitos e acesso no território/cidade</p> <p>Deixar de existir (a partir da garantia de acesso da PSR à AB pelas demais equipes de AB)</p> <p>Possibilitar que a existência da eCR desimplique/desresponsabilize as demais equipes da APS em relação ao trabalho com a PSR</p>	<p>Garantir acesso às PSR, sobretudo para as que não chegam às UBS (desburocratização do acesso)</p> <p>Ligar as realidades das ruas com os serviços de saúde</p> <p>Contribuir para a comunicação e a articulação entre as muitas secretarias e outros dispositivos da rede local</p> <p>Garantir a continuidade das ofertas de atenção e cuidado</p> <p>Garantir o acesso aos serviços e às políticas públicas sem a mediação da eCR</p> <p>Acolher e cuidar das questões relacionadas a AD na AB</p> <p>Ouvir a PSR e os movimentos organizados para a implantação, a organização do processo de trabalho e o acompanhamento da eCR</p>

Fonte: O autor, 2021.

Inicialmente, pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários disseram que garantir o acesso da população em situação de rua ao SUS (sobretudo para as que não chegam às UBS), seria o objetivo da eCR. A equipe funcionaria como porta de entrada prioritária da PSR ao sistema de saúde, garantindo também direitos e cidadania.

Entre os documentos oficiais mapeados na literatura científica sobre as eCR e no referencial teórico desta tese, o acesso é de fato um tema central quando se refere aos objetivos da AB (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2012a; 2012b; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016; KAMI et al., 2016a; CAMPOS, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018; LIMA; SEIDL, 2017; ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; SIMÕES et al., 2017; FRIEDRICH et al., 2019; ARAÚJO, 2019; DUARTE, 2019; TIMÓTEO et al., 2020; ENGSTROM et al., 2020).

Starfield (2002) observa que o acesso é uma das questões centrais para uma organização adequada da APS inserida em um sistema de saúde. Para a autora, a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, tendo a facilidade do acesso como estruturante para que o primeiro contato se dê. Para Shimazaki (2009), o acesso inclui as dimensões da disponibilidade (o quanto alcança as pessoas e famílias do território), da comodidade (tempo de espera para o atendimento, formas de agendamento, conveniência de horários, entre outros pontos) e da aceitabilidade, que se interessa pela satisfação dos usuários quanto à atenção em saúde oportunizada. As dimensões descritas por Shimazaki (2009) são interessantes para a discussão do acesso na AB como um todo e na discussão do acesso da PSR parece ser ainda mais oportuna, pois há singularidades no que tange ao tempo de espera, às formas de agendamento das consultas e aos horários.

Além disso, o acesso em tempo oportuno é uma das formas de avaliar a resolutividade da AB, pois o acesso tem a possibilidade de ser um elemento do processo de vinculação aos serviços e às equipes, ao mesmo tempo em que pode ser uma barreira para o sistema de saúde (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA, 2007; NEDEL et al., 2008; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2010; MACHADO, 2017b).

A literatura específica sobre as eCR traz o acesso como objetivo atrelado a diferentes questões, como ser porta de entrada para a AB e a rede SUS (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; CAMPOS, 2018; BITTENCOURT et al., 2019; DUARTE, 2019; TIMÓTEO et al., 2020). Nesta perspectiva, elas favorecem também o acesso ao SUAS, viabilizando direitos e cidadania (FRIEDRICH et al., 2019), acesso que a eCR deve promover indo às ruas e também às UBS (VARGAS; MACERATA, 2018). Por fim, o acesso é mencionado na perspectiva de

a eCR fazer parte da regulação assistencial, que organiza o acesso aos serviços especializados da RAS e da RAPS (VARGAS; MACERATA, 2018; ENGSTROM et al., 2020). Cabe frisar que diversos autores ressaltam que a própria criação das eCR aconteceu por conta das barreiras de acesso formais e informais para a PSR no SUS (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; VARGAS; MACERATA, 2018).

Pode-se observar que a noção de acesso como um dos objetivos da eCR é perpassada por diferentes dimensões. As falas de alguns dos entrevistados podem ilustrar alguns dos temas mencionados acima.

Uma equipe de APS deve seguir [...] os atributos. Então, ela deve ser a porta de entrada, [...] eu sempre vou olhar para uma eCR da mesma forma que eu olho para uma eSF [...]. (Pesquisadora Sudeste 1).

Eu acho que a eCR é uma ferramenta hoje muito potente, e talvez a única que essas PSR tenham não só de acesso à saúde, mas de acesso à cidadania, [...]. (Pesquisador Sudeste 4)

[...] primeiro para ampliar acesso que antes eles não tinham, acho que isso é a primeira questão [...]. Se a eSF atendesse porque que existiria eCR, não existiria. Então, é porque tinha uma barreira de acesso. (Pesquisadora Sudeste 3).

Garantir o acesso das pessoas ao serviço de saúde, buscar as pessoas que não conseguem o acesso, então fazer busca ativa dessas pessoas, [...]. (Gestora Sul 1).

[...] assim principal, da eCR, cara, é a questão da garantia de direitos ... sobretudo o acesso (Gestor Centro-Oeste 1).

[...] de maneira mais ampla seria a questão do acesso. ... não o acesso como uma garantia de um agendamento pra uma consulta, entendeu?! ... a possibilidade de ser visto sabe [...] (Gestora Nordeste 1).

[...] é tentar fazer com que esses pacientes sejam atendidos, que tenham um acesso à saúde, é uma meta muito grande e que é difícil [...] (Trabalhador Sul 1).

Garantir realmente o acesso, o direito à saúde, coisa que a pop rua é muito difícil acontecer [...] desburocratizando muito dos acessos. Essa questão da documentação é uma coisa muito bacana: ‘Pô, tô com dor de dente, eu preciso arrancar o dente’ - ‘Ah, mas cadê o seu cartão SUS?’ - ‘Ah, não tenho!’ - ‘Então você vai ficar com dor de dente até conseguir seu cartão SUS’ - ‘Pô, tô com dor de cabeça, eu preciso de tal remédio’ - ‘Preciso fazer uma endoscopia’ - ‘Não, mas cê precisa do documento [...]’ - ‘Cadê seu acompanhante, que alguma das vezes é necessário? Pode ser o enfermeiro do consultório. Vai lá, te acompanha, faz o [...]’. Ai, facilitar esse acesso à saúde, algumas etapas, eu acho muito bacana. (Usuário Norte 1).

Ixe, a principal mesmo é o acesso, né? (Usuário Sul 1).

A relação entre o acesso e a cidadania, a garantia de direitos e as dificuldades de conseguir realizar esta noção de objetivo tiveram destaque nas falas dos entrevistados.

A noção de objetivo da eCR foi trazida pelos pesquisadores, gestores e trabalhadores ao apontarem que a equipe deve atuar integrada e articulada com as demais equipes, serviços e políticas públicas da rede local.

De um modo geral, a integração da AB com a rede local (para favorecer o acesso, a ordenação e a coordenação do cuidado e da rede, a resolutividade, entre outras questões) é

apontada pela literatura como elemento fundamental para a AB (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a). Esta perspectiva também é reforçada pelos documentos oficiais (BRASIL, 2012a; 2012b; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). Além disso, especificamente no caso das eCR, o trabalho integrado e articulado com a rede é bastante valorizado (ENGSTROM et al., 2020), sobretudo a articulação com às políticas de Saúde Mental (LIMA; SEIDL, 2017) e da Assistência Social. Para os trabalhadores, a articulação da rede local é um objetivo ainda mais forte nas eCR de Modalidade I, tendo em vista a dificuldade de dar conta das demandas assistenciais em uma equipe com quatro pessoas.

[...] fundamental é uma eCR ter a capacidade de articulação de rede e quando eu digo capacidade de articulação de rede, é uma capacidade pragmática. (Pesquisador Sudeste 2).

[...] o Consultório na Rua, ele tá na saúde, mas assim, o consultório na rua ele é um Exu né? Porque ele tá entre todos os setores e os serviços [...]. (Gestor Centro-Oeste 1).

[...] integrar e articular a rede [...] especialmente em equipes pequenas, a função de articuladora é superior à assistência, se não ela está fadada ao fracasso, não tem o que fazer, não dá conta [...]. (Trabalhadora Sul 2).

A perspectiva dos entrevistados em relação à função articuladora e à dificuldade de realizar esta noção de objetivo pode ter relação com o número expressivo de médicos em equipes de Modalidade I (26 médicos) e II (12 médicos). Na impossibilidade de efetivar a articulação com os demais médicos da AB (no caso das equipes que originalmente não recebem financiamento para a presença do profissional na equipe), os municípios poderiam contratar os médicos por conta própria, com a finalidade de ampliar as possibilidades assistenciais da eCR.

Seguindo o tema do trabalho em rede, os pesquisadores e os trabalhadores levantaram que o tensionamento da rede para o acesso e o atendimento da PSR, nos diferentes serviços e políticas públicas, é uma noção de objetivo para a eCR. O documento de diretrizes, baseado na experiência da eCR carioca, elenca como uma de suas metodologias de trabalho, na direção de uma eCR mais resolutiva, o tensionamento da rede (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014). A noção de objetivo é aqui apreendida na perspectiva da garantia do acesso da PSR quando suas demandas e necessidades extrapolam as possibilidades clínicas da eCR na AB (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA, 2007). Duarte (2019), quando trata do processo de trabalho da eCR, estabelece a relação entre o acesso da PSR e o tensionamento da rede, pois, para a autora, favorecer o acesso da PSR ao SUS cria

uma tensão para o sistema, a partir da chegada do inusitado, daquele para o qual os trabalhadores e os serviços não estão preparados para lidar (ENGSTROM et al., 2020). Para os entrevistados, uma das noções de objetivos da eCR, na perspectiva do trabalho em rede, é “incomodar”, tensionar a rede local para que a PSR tenha acesso aos atendimentos em saúde e às demais políticas públicas. Este tensionamento da rede aconteceria por conta da PSR revelar as inconsistências e as dificuldades da rede local em se organizar para atender esta população.

[...] uma referência importante de que a equipe tá fazendo um bom trabalho [...] de maneira que tu consegue viabilizar acesso ai pra outros procedimentos, outras ações em saúde, né?! Eu diria que: (risos) um consultório na rua, uma equipe de consultório que não incomoda a rede, não tá fazendo um bom trabalho. (Pesquisador Sul 1).

[...] uma equipe boa é uma equipe que incomoda muito também né. Incomoda pra caralho ... o SAE aqui tem uma piscina nos fundos ... eu parei e fiquei pra refletir depois eu falei: ‘Por que ninguém usa essa piscina né, cara?!’ O cara tem que ter, aparecer um louco pra mostrar a verdade né ... E aí eu comecei a dar esse exemplo né, o quanto que a nossa rede era receptiva, acolhedora, ou não né. Qual o problema dessa pessoa (PSR) tomar banho de piscina no calor dessa cidade? (Trabalhador Norte 1).

[...] se ela (a eCR) tem uma capacidade de incomodar, as pessoas vão lá buscar de novo lá. Tem que ter isso principalmente com os espaços oficiais [...] Incomodar, mas em alguma medida, em algum momento, tu conseguir uma construção de uma parceria ... ela tem uma questão também de mobilização de redes comunitárias muito forte. Mobilizar uma rede envolve incomodar, em alguma medida ser um pé no saco [...] (Pesquisador Sul 2).

[...] a gente tem muitas demandas, eu acho que a eCR tem uma demanda muito grande sabe, porque saúde só não vai dá conta, né... e então ela tem que tensionar essa articulação intersetorial, sabe? Que a gente fala tanto no SUS, que a gente fala tanto nas políticas públicas. Eu acho que os casos em si, eles tensionam essa construção intersetorial, sabe. Só que eu acho que isso fica muito a cargo dos profissionais, isso é muito difícil sabe, eu acho que tinha que ser uma coisa mais institucionalizada, mais fortalecida no âmbito da gestão, né? ... eu acho que os fóruns intersetoriais deveriam pegar os casos e discutir os casos e construir a rede a partir dos casos né, isso seria incrível ... Acho tem uma tensão. Com certeza. São os malquistos. ‘Lá vem eles, lá vem eles com esse cara aqui. P\*\*\* que pariu, lá vem eles de novo trazendo esse cara’ Com certeza, irrita muito, irrita muito. (Risos). (Pesquisadora Sudeste 3).

Interessante notar que na opinião dos entrevistados esse tensionamento pode se desdobrar em mobilização dos atores envolvidos, sendo a criação de fóruns territoriais (operados a partir da discussão dos casos concretos da PSR), com a participação da Saúde, da Assistência Social, da Educação, do Ministério Público e de outras áreas, apontada como uma possibilidade de dar uma saída produtiva para o referido tensionamento.

Outra noção de objetivo elucidada por pesquisadores e usuários é a de atuar na perspectiva da longitudinalidade, garantindo também a continuidade das ofertas de atenção e cuidado.

Na definição de Starfield (2002), a longitudinalidade é a estratégia para acompanhar grupos e indivíduos ao longo dos anos, além de ser uma aposta na relação de profissionais de saúde e usuários com longa duração, possibilitando maior incidência nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; BRASIL, 2017a). A literatura específica sobre as eCR também aponta a longitudinalidade como componente dos objetivos da eCR, a partir das diretrizes da AB (CAMPOS, 2018; MARIANO, 2019; BITTENCOURT et al., 2019). Os pesquisadores entrevistados indicaram a longitudinalidade como um objetivo, mas não sem problematizá-la. A necessidade de estabelecer trabalhos contínuos, que sustentem a relação da eCR com a PSR e com o território ao longo do tempo, que possibilite relações de “teimosia” da equipe em relação ao acompanhamento das pessoas emergiu das falas. Junto a isso, foi comentada a dificuldade de estabelecer quais são os limites para uma relação com a PSR “ao longo da vida inteira”, questionando as relações temporais dessa relação e, ao mesmo tempo, revelando que a itinerância da PSR cria entraves concretos para o trabalho na perspectiva longitudinal. A fala dos usuários revela o quanto é difícil sustentar a continuidade/longitudinalidade na dinâmica das ruas, exemplificando com os efeitos que as estratégias de abordagem e os processos de trabalho que não se comprometem com a continuidade das ações no território.

Mas depende também da equipe é conseguir estabelecer trabalhos contínuos, conseguir estabelecer continuidade. (Pesquisador Sul 2).

Ela [PSR] disse assim: ‘Bah, vocês são foda! Até a família já desistiu desse cara e vocês continuam vindo aqui, vocês são teimosos’ Essa teimosia e esse reconhecimento quando até a família já desistiu, né? (Pesquisador Sul 1).

E o conceito de longitudinalidade, atributos da APS, aí, também são muito difíceis, né? O que é longitudinalidade para PSR, para cuidado dessa população? É o que você quer que se trate dessa população a vida inteira ou é a longitudinalidade possível e efetivo no tempo que ele exista ali, né? (Pesquisadora Sudeste 5).

Eu tive bastante tempo mesmo na Cracolândia da Luz e eu fugia da eCR. Primeira coisa é uma abordagem, eu sou virginiano, então vou falar uma abordagem perfeita [...] é aquela como que você praticamente fala a mesma língua daquela pessoa que você tá se dirigindo. Isso não quer dizer falar gíria, ouvir funk, dançar em cima da garrafa [...] porque todas às vezes que tentaram esse tipo de abordagem comigo eu fui arredo, eu fui hostil, eu me desvencilhei. Eu acho que abordar cê tem que saber com quem você tá falando e ver qual é a linha [...] que tipo de abordagem que eu vou ter com o A., com a M., com o J., e assim por diante. Depois da abordagem, é criar vínculo, porque essa coisa de aparecer uma, duas, três vezes e nunca mais aparecer novamente ou mudar de setor toda hora, mudar de bairro toda hora, eu não confio. Se eu tiver que contar a mesma história pra trinta pessoas diferentes uma vez a cada dia, eu paro [...] vai fazer todas as perguntas de novo, não mudou a cidade que eu nasci desde que/seis meses atrás quando você me encontrou, não mudou nada na minha vida. (Usuário Sudeste 2).

Para alguns entrevistados, a longitudinalidade referida à eCR está ligada a uma dimensão emancipatória, problematizando a ideia de “tratar dessa população a vida inteira”. Mesmo que o objetivo não seja a retirada das pessoas das ruas, naturalizar a vida nas ruas pode ser igualmente nefasto na perspectiva da garantia de direitos, da cidadania e, claro, do cuidado.

Pesquisadores e trabalhadores ressaltaram que uma das noções de objetivo da eCR é atuar na perspectiva da RD, organizando o processo de trabalho e a clínica por esta lógica.

Trabalhar na perspectiva da RD é um dos objetivos da AB para a PNAB 2017. Como visto anteriormente, a PNAB 2017 trabalha a RD em diferentes sentidos, mas vale ressaltar que a RD pode contribuir como uma abordagem ético-instrumental para ampliar a capacidade das equipes para identificar, interagir e intervir em saúde, contribuindo também para o respeito à autonomia das pessoas, afirmando “formas de andar a vida e comportamentos” que incorporem “o saudável e o prejudicial” nos processos de cuidado (BRASIL, 2017a). Na literatura específica sobre as eCR, a RD também surge como um dos objetivos destas equipes (LIMA; SEIDL, 2017; ABREU; OLIVEIRA, 2017; ABREU, 2017). Na perspectiva dos entrevistados a própria sustentação da eCR na AB tem como um dos eixos o referencial da RD.

[...] um objetivo que eu acho que ele é fundamental [...] é o conceito de RD que é reduzir danos, né? Essa ética de reduzir danos [...]. (Pesquisador Sudeste 2).

[...] tem um ethos assim, que tem a ver com a questão da redução de danos, né? De tu se deparar com uma vida, com um sujeito, com pessoas que vivem de um jeito bastante disruptor com a lógica da tal da sociedade organizada, em torno da produção, trabalho, né? (Pesquisador Sul 1).

Eu acho que a questão maior é a nossa possibilidade de existência na AB, é a RD. (Trabalhador Norte 1).

A noção de objetivos da eCR emergiu para pesquisadores e gestores também como respeitar as diferentes formas de existir e organizar a vida, na perspectiva da alteridade. Araújo e Scharamm (2017), ao proporem uma “clínica de rua”, colocam a alteridade e o respeito às diferenças como eixos centrais desta proposta. Porém, de um modo geral, a questão da escuta e do respeito às diferenças é ressaltada como uma das noções de objetivo por outros autores (LIMA; SEIDL, 2017). A literatura específica sobre as eCR observa que estas baseiam o processo de trabalho no encontro entre diferentes/heterogêneos e que esta ética/postura pode favorecer um cuidado livre de estigmas e mais propício aos relacionamentos terapêuticos (LIMA; SEIDL, 2017; ARAÚJO, 2019; BITTENCOURT et al., 2019). Os pesquisadores apostam que o objetivo da AB (e da eCR) é o de “cultivar”, participar dos modos de construir valores para a vida em um determinado território. Nesta

perspectiva, será importante que a eCR se disponibilize para “criar espaços para os sem espaço”.

[...] a eCR é AB e o objetivo da AB digamos seria cultivar [...] as formas de vida de determinado território. Só que a forma de vida na rua, ela é complicada, né? Porque ela não é muito o nosso horizonte, a gente não quer que tenha pessoas morando na rua não, não é o ideal [...] é criar um espaço pra essa gente que não encontra espaço em lugar nenhum [...]. (Pesquisador Sul 2).

As falas dos entrevistados reforçam a dimensão ética do trabalho das eCR como central na discussão dos objetivos destas equipes.

Para os entrevistados, uma eCR tem de ter uma atitude inclusiva e respeitosa, que pode inclusive “contagiar” a rede local para que a PSR possa ser vista com menos estigmas e preconceitos, a partir da eCR incorporar a perspectiva da alteridade como um objetivo.

[A eCR tem] essa habilidade de contaminar a rede com esse ethos, com a parada de cuidar não só do diferente, mas quase do insuportável [...] topando interagir de uma maneira não preconceituosa [...] isso vai gerar um jeito de tá junto e a questão do vínculo e tal. (Pesquisador Sul 1).

A gente querer, por exemplo, que o outro se cuide ou seja cuidado como a gente se cuida ou como a gente gostaria de ter cuidado, né? E, às vezes não é o que o outro quer, então não é sacanagem que se faz isso, às vezes? Às vezes é na melhor das boas intenções, mas isso é um desrespeito com o outro às vezes. (Gestor Centro-Oeste 1).

O tema da alteridade, novamente, coloca a questão da posição ética escolhida pela eCR no diálogo com a PSR e com a rede como uma estratégia de transmissão da sua forma de acolher e interagir com a PSR para as demais equipes da rede.

Ser elo entre os diferentes setores e aproximar também as realidades das ruas dos serviços de saúde foram noções de objetivo da eCR apontadas pelos gestores e usuários.

Duarte (2019) afirma que um dos objetivos da eCR é “ser a ponte” entre a rua e os serviços de saúde, fazendo a ligação entre a rede local e as demandas das ruas (DUARTE, 2019). O documento orientador das eCR de São Paulo também aborda a ideia de “ser ponte” como uma das funções da eCR, porém, como já alertado, é importante que o ser a ponte entre a rua e a rede não desmobilize a eCR de suas funções na atenção e no cuidado direto junto à PSR (SÃO PAULO, 2016).

Os gestores e os usuários entrevistados trouxeram esta noção de objetivo atrelada à ligação do setor saúde aos setores de garantias de direitos. Além disso, foi abordada uma estratégia específica para realizar esta conexão rua/serviços/rede, a de apresentar a eCR para a rede local na perspectiva de estabelecer parcerias concretas, que tentam delimitar de que modo se pode contar com cada ponto da rede. Esta estratégia promove certo “constrangimento produtivo” posto que, ao se apresentar relevando suas possibilidades e limites, a eCR, de certo

modo, convoca os demais serviços da rede a também se posicionarem quanto às relações possíveis com a PSR e com a própria eCR.

[...] a eCR, ela vem pra tentar construir pontes pra essas pessoas conquistarem direitos sociais que deviam ser óbvios numa sociedade mais equânime, menos desigual, etc. e tal. (Gestora Sudeste 1).

[...] no primeiro ano, cara, uma das atividades que a gente [eCR] fez foi ir em todas as unidades, conversando com todas as equipes, apresentando do trabalho [...] pra melhorar o vínculo com as equipes de saúde da APS [...]. O que a gente faz? E o que a gente tem a oferecer pra vocês com apoio? E vocês o que podem ofertar pra nós? Aí eles ficavam num lugar que né, que eles também tinham que dar uma contrapartida. (Gestor Centro-Oeste 1).

Eu penso que os principais objetivos é a ligação, né, dentro da realidade desse sujeito com a saúde [...]. O principal objetivo da eCR é o elo com a saúde. (Usuário Centro-Oeste 1).

Nas falas anteriores, os entrevistados indicaram modos de organização do processo de trabalho da eCR, que podem fortalecer que o objetivo de “ser ponte” se efetive.

Gestores e trabalhadores também destacaram que uma noção de objetivo da eCR é a de evitar que a existência da eCR na rede/território desimplique/desresponsabilize as outras equipes da AB e os demais serviços em relação ao trabalho com a PSR.

De um modo geral, os manuais oficiais do Ministério da Saúde e das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro alertam sobre a questão de que a existência de uma equipe de AB específica para a PSR não poderia desresponsabilizar as outras equipes de AB, ou mesmo a rede, de atender e acompanhar esta população. Entretanto, estes mesmos manuais reconhecem que, por diversos motivos (preconceito, desconhecimento, despreparo, etc.), esta população sempre teve dificuldades no acesso (BRASIL, 2012a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016; MACHADO, 2017b).

Sobre a questão de a eCR ser uma equipe de AB específica e não uma equipe especializada com algum tipo de formação “especial” para além do que se deseja para todas as equipes de AB, Vargas e Macerata (2018) reforçam que a PSR pode ser acolhida e atendida por qualquer equipe de AB ou mesmo do SUS (ARAÚJO; SCHRAMM, 2017; VARGAS; MACERATA, 2018). Os gestores e os trabalhadores entrevistados trouxeram a noção de objetivo de evitar que a existência da eCR na rede/território desimplique/desresponsabilize as outras equipes da AB e os demais serviços por dois vieses: o negativo, revelando a existência de processos de desresponsabilização das equipes e dos serviços da rede em relação à PSR; e o positivo, que conta sobre a necessidade das eCR sustentarem, sobretudo na relação com as demais equipes de AB da UBS de referência, a necessidade de que todos sejam responsáveis pela PSR, descrevendo este processo de sustentação como rico para a eCR.

[...] a gente escuta muito de que às vezes ‘ah, porque a eCR é referência’ pra o cuidado das PSR [...] eu ouvi isso do CAPS, [...] do pessoal do NASF [...]. Aí eu acho que é uma coisa de [...] desimplicar e de tirar a responsabilidade de si. (Gestora Nordeste 1).

E a gente foi vendo que as vezes eles [as outras eSF da UBS] deixavam o cara pegar um chá de cadeira, [...] depois tipo: ‘Ah! Já que a eCR não atendeu, vamos atender’. [...] Então teve um casal esse aqui que realmente foi muito complicado. Eles [as outras eSF da UBS] eram muito, muito problemáticos, assim. Mas sustentar isso foi uma tarefa árdua, mas rica, né? (Trabalhador Norte 1).

As falas dos entrevistados colocam também o tema da responsabilidade sanitária da rede de saúde com a população local, o que inclui a PSR. Para a AB esta responsabilidade é ainda mais importante, tendo em vista a perspectiva do trabalho territorializado. Neste sentido, o viés positivo revelado pelos entrevistados (a sustentação deste processo de responsabilização, em especial com a AB) pode ser um norte interessante para as eCR.

Uma noção de objetivo da AB apontada por trabalhadores e usuários foi a relacionada à atuação na perspectiva da intersetorialidade, contribuindo para a comunicação e a articulação entre as muitas secretarias e outros dispositivos da rede local.

A literatura sobre AB dá ênfase sobre a necessidade da AB operar na perspectiva da intersetorialidade e na articulação com a rede de saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2017a), como também é ressaltado nos documentos oficiais (BRASIL, 2012a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016; MACHADO, 2017b). Engstrom (2020) reforça o realizar ações intersetoriais, articuladas com outros serviços de saúde, como sendo um dos objetivos da eCR. Os trabalhadores e os usuários entrevistados relataram o objetivo de trabalhar intersetorialmente, ressaltando que ser uma “boa articuladora” é cumprir um objetivo importante.

Uma outra coisa que eu acho que é importante é o trabalho intersetorial [...]. As questões intersetoriais são fundamentais aí pra gente pensar em uma boa equipe. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[Numa boa equipe] você ia perceber a articulação, se eles são bons articuladores [...]. Uma coisa que eu gosto muito da equipe é que eles são muito pontuais, na questão do horário que vai trazer e ofertar, tá entendendo? (Usuário Nordeste 1).

E nas horas que eu mais precisei, no caso, se não fosse a eCR, eu nunca ia saber que tinha CAPS. E se não fosse através do CAPS, eu nunca ia saber que tinha casas de passagem. Então, ela [a eCR] nos levava até uma rede. (Usuário Nordeste 1).

Trabalhadores e usuários trouxeram como uma noção de objetivo a garantia do acesso aos serviços e às políticas públicas, sem a mediação da eCR.

De um modo geral, o objetivo do acesso à AB e ao SUS já foi bastante discutido neste estudo. Todavia, aqui, trabalhadores e usuários revelaram uma questão bastante comum e que

põe em risco tal objetivo, a da organização do processo de trabalho para fazer a função de “SAMU”: levar os usuários a cada consulta em outros serviços da rede.

[...] eu não gosto de ter os agentes de saúde com o SAMU [...], a gente chama de SAMU. O agente comunitário que tem que levar a pessoa até o serviço que vai ser atendido [...] (Usuária Sudeste 1).

[...] é melhor a gente criar mais equipes de transporte sanitário né? Se a gente não vai [para a rua] pra fazer a ação lá, se a gente é uma equipe de APS, então eu tenho de pensar nas ações com a população e não usar o carro para levar o usuário para outras equipes [da rede] [...]. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

A fala dos entrevistados revela que esta função “SAMU” pode diminuir os espaços na agenda desta equipe para as demais ações em saúde e colocar em risco a função de deixar de ser intermediadora necessária para o acesso da PSR aos serviços e às políticas públicas.

Recapitulando, os pontos comuns entre os grupos de entrevistados quando em referência às noções de objetivo da eCR foram: garantir o acesso da PSR ao SUS; atuar integrada e articulada com as demais equipes, serviços e políticas públicas da rede local; tensionar a rede para o acesso e o atendimento da PSR nos diferentes serviços e políticas públicas; atuar na perspectiva da longitudinalidade, garantindo também a continuidade das ofertas de atenção e cuidado; atuar na perspectiva da RD, organizando o processo de trabalho e a clínica por esta lógica; respeitar as diferentes formas de existir e organizar a vida na perspectiva da alteridade; ser elo de ligação entre os diferentes setores, aproximando também as realidades das ruas dos serviços de saúde; evitar que a existência da eCR na rede/território desimplique/desresponsabilize as outras equipes da AB e os demais serviços em relação ao trabalho com a PSR; atuar na perspectiva da intersetorialidade, contribuindo para a comunicação e a articulação entre as muitas secretarias e outros dispositivos da rede local; e garantir o acesso aos serviços e às políticas públicas, sem a mediação da eCR. A seguir, ainda em comentário analítico da Ilustração 22, são comentadas algumas noções singulares a grupos específicos de entrevistados.

Promover a saúde e a autonomia da PSR, a ponto de ser capaz de demandar e exigir acesso aos direitos e às políticas públicas, foi uma noção de objetivo destacada pelos trabalhadores. A ideia de ampliar a autonomia das pessoas e dos coletivos está presente na PNAB 2017 e nos manuais orientadores do Ministério da Saúde e das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo (BRASIL, 2012a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). Além disso, Cardoso et al. (2017) trataram a autonomia como o propósito de maior destaque da eCR. Os trabalhadores entrevistados colocaram a autonomia como uma das noções de objetivo, relacionando-a às

condições de demandar e exigir os seus direitos, trazendo o acesso à UBS, a vacinação e o planejamento familiar, com o uso do Implanon (contraceptivo subcutâneo).

Eles achavam que rua era pra ser atendidos na rua. E hoje, muitos vão e falam: ‘Quero ser atendido [na UBS]. Eu vou e quero’. E vão sozinhos, e tomam uma vacina numa boa [...]. As pessoas [PSR] que reclamam porque não teve vacina na UBS [...], a população de rua veio reclamar pra nós. ‘E quando que vai ser na gente? Eu quero ser vacinado’. Então você não precisa convencer mais, a pessoa fala que uma vacina é boa. ‘Eu posso tomar né?’ (Trabalhadora Sudeste 1).

E quem que decidiu colocar o Implanon [contraceptivo subcutâneo]? Os pacientes. Ela falou ‘Olha, eu quero ter uma gravidez planejada. Isso é muito bacana, eu quero ter uma gravidez desejada’. Isso, eu acho que é o efeito do bom atendimento da equipe. (Trabalhadora Sudeste 1)

Outro grande sucesso foi a questão do planejamento familiar [...]. Então, o Implanon, no começo, as meninas começaram a falar ‘Ah, é um chip pra saber onde é que a gente tá’, e a gente argumentava que ‘a polícia não quer saber de pessoas como nós, eles querem peixe grande, que eles vão atrás’. Trimestral, elas esquecem, passam tanto tempo, elas não têm a gente que controla, é difícil ter esse controle [...]. (Trabalhador Sul 1).

A articulação feita pelos trabalhadores entrevistados entre a autonomia e o exercício da cidadania pode indicar, além de um objetivo, um critério de monitoramento e avaliação para a equipe.

Atuar na perspectiva da AB, evitando o excesso de ações de saúde mental e álcool e outras drogas, foi outra noção que os trabalhadores elucidaram durante as entrevistas. Por diversas formas já foi reforçada, ao longo de outras análises deste trabalho, a necessidade da eCR trabalhar na perspectiva da AB. Ao levantar esta noção, os trabalhadores alertam para os possíveis efeitos da transição dos Consultórios de Rua para os Consultórios na Rua.

Simões et al. (2017) relembram que o objetivo dos Consultórios de Rua (2010) era o de cuidar das questões de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para pessoas que usavam álcool e outras drogas, especialmente os segmentos mais vulneráveis e consumidores de crack e que não chegavam aos serviços especializados. Ou seja, estas equipes não trabalhavam especificamente junto à PSR, mas sim aos usuários de álcool e outras drogas que não chegavam aos serviços (SIMÕES et al., 2017; MACHADO, 2018b). Estes argumentos tornam ainda mais interessante a noção de objetivo levantada pelos trabalhadores.

Entre os entrevistados surgiram exemplos de como o imaginário com o foco nas questões de saúde mental e álcool e outras drogas pode “capturar”<sup>14</sup> a escuta dos

<sup>14</sup> A palavra “capturar” no texto (que será utilizada novamente em outras passagens do texto, em contextos semelhantes) assume aqui o sentido de que o tema da saúde mental e álcool e outras drogas tem uma potencialidade significativa de fazer com que os profissionais, as equipes e a rede, a partir do contato com as questões de saúde referentes a estes temas, não consigam escutar e operar outras questões referentes à atenção e ao cuidado, tamanha a força moral que estes temas adquirem no tecido social. A conotação desejada para este termo é para alertar sobre a possibilidade dos profissionais, das equipes e dos serviços ficarem reféns destas

trabalhadores, numa subtração de outras questões do corpo, inclusive podendo resultar na perda de uma ligação mais ampla com o sujeito, seu corpo, sua “alma” e suas questões, abrindo mão de uma escuta e uma clínica integral.

[...] conversas sobre saúde mental que o enredo não seja a doença mental, ou álcool e droga, né? Então eu acho que se a gente não aprofunda na história desse sujeito, levanta e descreve e pensa nessa história de vida, de possibilidades [...] porque assim, a gente fala ‘Não, a droga é um sintoma’, mas a gente acaba ficando fixado na droga. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] interessante quando a gente tem uma pessoa com a questão física muito definida né? A pessoa com sífilis, por exemplo, a gente vai fazer um tratamento com Benzetacil né? E essa pessoa depois de um tempo percebe que tá curada. Isso aí é a maior facilidade, da gente chegar na alma dela através do corpo dela né? Então acredito que seja isso, através de uma testagem né, de um teste rápido [...] e tem, na equipe, toda a possibilidade de, no diagnóstico, já ter uma escuta privilegiada, qualificada né, já começar de pronto um tratamento dessa [...], do que ele foi testado, foi diagnosticado. (Trabalhador Norte 1).

Cabe destacar a forma como os trabalhadores chamaram a atenção para o “poder de captura”, o quanto as questões de álcool de outras drogas podem exercer na equipe e o quanto podem capturar todo o processo de trabalho.

Os trabalhadores disseram que manter uma agenda política de garantia de direitos e acesso no território/cidade é também uma das noções de objetivo da eCR. Os trabalhadores entrevistados levantaram esta noção principalmente relacionada à ativação dos coletivos de PSR para a organização em movimentos sociais.

Porque a rede só vai funcionar com a pressão do movimento social [...]. Porque quando o cara consegue se organizar pra participar do movimento social [...] a agenda política do consultório, agenda de organização formada pra empoderamento do usuário e etc., né? Ela é coletiva, é do grupo, é uma agenda comum né. Acho que é importante [...]. (Trabalhador Centro-Oeste 1)

A noção citada nas falas anteriores pode ser pensada também em relação aos demais serviços e equipes do território, ao Ministério Público e à Defensoria Pública local, às Câmaras Legislativas, às diferentes Secretarias (educação, trabalho e renda, mobilidade, esportes, cultura, etc.), na perspectiva da agenda política da eCR oportunizar voz e visibilidade às múltiplas questões da PSR na cidade.

Por fim, os trabalhadores apontaram que a noção de objetivo último da eCR é “deixar de existir” (a partir da garantia de acesso da PSR à AB pela demais equipes de AB). Tendo em vista que uma das noções de objetivos mais valorada foi a de criar possibilidades de acesso para a PSR ao SUS (especialmente à AB) e, com isso, oportunizar o direito à saúde, à cidadania e a todo o conjunto de valores defendidos e praticados no SUS, parece oportuno e

---

questões, sem conseguirem que outras questões de saúde possam ser acessadas e trabalhadas junto à população acompanhada.

pertinente imaginar e propor que, se este trabalho fosse exitoso, talvez não fosse mais necessária uma equipe de AB específica para que o direito à saúde possa acontecer. Vale, ao menos, como uma provocação para o SUS e para os atores envolvidos.

[...] qual é o objetivo maior da eCR? Deixar de existir. Só assim a gente teria feito o maior que é o trabalho de uma eCR, que é o acesso à saúde, aos tratamentos, as promoções de saúde, ao direito de usar o SUS [...]. A criação da eCR é a confirmação do nosso fracasso como SUS, que não existe a universalidade. A gente tá confirmando que não existe a equidade e a integralidade. (Trabalhadora Norte 2).

Dado o cenário atual da AB descrito durante as entrevistas e todos os problemas de acesso e de garantia de direitos anteriormente mencionados pelos próprios entrevistados, tudo leva a crer que esta noção de objetivo indica algo desejável, mas ainda distante da realidade das eCR, da AB e do SUS.

Os usuários apontaram que acolher e cuidar das questões relacionadas a AD na AB é uma das noções de objetivo da eCR. Diferente dos trabalhadores das eCR, que chamaram a atenção sobre a possível hipertrofia das questões AD no processo de trabalho das eCR, os usuários jogam luzes na questão das eCR, como equipes de AB, passarem a acolher e a cuidar das questões AD, problematizando o aumento da densidade de cuidado ofertado por estas equipes, antes de compartilhar e/ou encaminhar estes casos para os CAPS, por exemplo (BRASIL, 2012a; 2013f).

Abreu (2017) e Araújo e Schramm (2017) também apontam esta noção de objetivo para a eCR (em especial com a RD como perspectiva de trabalho). Entre os usuários entrevistados, esta noção de objetivo também foi problematizada como um processo de trabalho e uma clínica que conectem o sujeito com outras dimensões da vida, como a habitação, ampliando a perspectiva e os recursos no cuidado.

[...] era pra cuidar certamente das questões de álcool e droga, estabelecer o vínculo, [...] linkar com as outras necessidades com habitação, com outras coisas, entendeu? (Usuária Sudeste 1).

[...] tem que trabalhar forte a dependência química, né? (Usuário Sul 1).

As falas dos usuários apontam e reafirmam o quanto as questões AD são complexas e precisam ser objeto de reflexão pelas eCR, gestão e academia, sempre na perspectiva de inclusão dos usuários neste e em qualquer outro debate sobre o processo de trabalho das eCR.

Ouvir a PSR e os movimentos organizados para a implantação e o acompanhamento da eCR foi outra noção de objetivo da eCR apontada pelos usuários.

A questão do controle social e do envolvimento da comunidade na tomada de decisão sobre o sistema de saúde, seus serviços e equipes merece um lugar de destaque na literatura (BRASIL, 1990; 2017a; STARFIELD, 2002; MENDES, 2002). Nesta noção de objetivo para

a eCR, os usuários entrevistados reforçam a importância de um processo de escuta dos envolvidos/beneficiados/usuários, se possível prévio ao início das atividades da equipe, para o fortalecimento da equipe na rede, através do apoio dos movimentos sociais. É também uma oportunidade de que o processo de implementação da eCR esteja informado e mobilizado pelas demandas da PSR.

Outro ponto levantado pelos entrevistados é que estes momentos de escuta e discussão podem contribuir para a definição e distinção dos limites e das possibilidades das equipes e dos serviços que trabalham com a PSR e a garantia destes limites e possibilidades podem ser, inclusive, defendidos pelos movimentos sociais.

Quando a gente começou aqui [com a eCR], a primeira coisa foi pedir pra coordenadora da equipe uma reunião. Aí, dentro da reunião, a gente falou pra ela ‘Olha, vocês vão precisar conversar com a gente, né? Com a rua, com o movimento, porque a sociedade só faz de cima para baixo, não dialoga com a rua, né? Até pra ouvir, quais são as necessidades básicas’. (Usuário Sul 1).

Antes de pensar começar a equipe, eu chamaria alguns serviços de referência, pra dialogar com essa equipe, pra que essa população pudesse acessar [...] porque quando eu falo que eu chamaria os serviços para poder dialogar com esses serviços é porque eu não concordo em ter agentes comunitários estejam no SAMU, tenham que levar essa população lá pra lá. Eu não acho isso legal. (Usuária Sudeste 1).

Ela [a eCR] não pode fazer o trabalho das outras políticas, da assistência, do trabalho, mas em compensação, politicamente, podemos cobrar das outras políticas que possam fazer sua parte, né? Porque a população de rua, ela tem assistência do Consultório na Rua, mas se ela pega uma tuberculose, pega alguma coisa, ela não continua seu tratamento porque não tem um lugar pra morar, pra pousar, pra deixar o seu remédio ali, pra chegar todo dia tal horário pra tomar ele, né? (Usuário Sul 1).

Os usuários ressaltam, ainda, a questão da urgência e da necessidade da inclusão dos usuários nos processos que envolvem o SUS.

#### 4.3.1.2 Noções sobre a resolutividade da eCR na perspectiva dos entrevistados

A Ilustração 23 apresenta as noções sobre a resolutividade do Consultório na Rua na perspectiva dos entrevistados. Inicialmente, serão analisadas as noções de resolutividade da eCR, que foram citadas por mais de um grupo de entrevistados e, em seguida, as noções que foram trazidas de modo singular, por grupo de entrevistados.

Ilustração 23 – Noções sobre a resolutividade das eCR na perspectiva dos entrevistados. (Continua)

	<b>PESQUISADORES</b>	<b>GESTORES</b>	<b>TRABALHADORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
Resolutividade da eCR	<p>Acesso à infraestrutura adequada na AB e integração com as demais equipes da AB</p> <p>Formação adequada do trabalhador da eCR</p> <p>Presença do profissional médico</p> <p>Reconhecimento pela rede local</p> <p>Estratégias de educação permanente e supervisão para a eCR</p> <p>Atenção e respeito às temporalidades específicas das ruas</p> <p>Tensionamento da rede para o acesso e o atendimento da PSR</p> <p>Contribui para os deslocamentos da PSR, no acesso à saúde</p> <p>Atua em situação de urgência e emergência</p>	<p>Ter espaço físico específico na UBS para a eCR, com os insumos necessários</p> <p>Formação adequada do trabalhador da eCR</p> <p>Membros da equipe com trajetória de rua</p> <p>Ter o profissional médico na eCR</p> <p>A PSR conhecer a eCR e seus trabalhadores (nome dos profissionais)</p> <p>Estratégias de educação permanente e supervisão para a eCR</p> <p>Ter a confiança da PSR e da rede local, e ser referência para os mesmos</p> <p>Atenção às possibilidades e aos limites da AB e da rede local (equipes, serviços, ofertas, etc.)</p>	<p>A UBS ser referência para a PSR e para a eCR</p> <p>Formação específica para os trabalhadores da eCR</p> <p>Profissionais da eCR com experiência prática de trabalhos com PSR</p> <p>Ter o profissional médico na eCR</p> <p>A rede local conhecer a eCR</p> <p>Estratégias de educação permanente e supervisão para a eCR</p> <p>Atentar para as diferenças entre as temporalidades dos serviços e da rua</p> <p>Tensionar a rede local, para que a PSR tenha acesso aos serviços e às políticas públicas</p> <p>Provocação constante por parte dos movimentos sociais da PSR</p>	<p>Infraestrutura adequada na AB, com espaço físico específico na UBS (sala para atendimentos, grupos, consultas, reuniões etc.)</p> <p>Profissionais preparados para lidar com as distâncias entre a realidade do profissional e a dos usuários</p> <p>Pessoas com trajetória nas ruas na eCR</p> <p>Existe confiança dos usuários na eCR e reconhecimento de seus profissionais pelos mesmos</p> <p>Participação da PSR na construção de ofertas de cuidado da eCR</p> <p>Ampliar as funções (limites e possibilidades) da AB</p>

Ilustração 23 - Noções sobre a resolutividade das eCR na perspectiva dos entrevistados. (Conclusão)

	<b>PESQUISADORES</b>	<b>GESTORES</b>	<b>TRABALHADORES</b>	<b>USUÁRIOS</b>
Resolutividade da eCR	<p>Suportar as tensões constituintes do trabalho com as ruas</p> <p>Atenção às possibilidades e aos limites da AB e da rede local (equipes, serviços, ofertas, etc.)</p> <p>Existência de fluxos e processos de trabalho instituídos</p> <p>Implicação dos trabalhadores com o registro, a análise e o planejamento em saúde, a partir do uso do e-SUS AB</p>	<p>Ofertar recursos artísticos</p> <p>Colaborar com os deslocamentos dos usuários pela cidade para o acesso aos cuidados em saúde</p> <p>Atuação das eCR no cuidado de algumas condições de saúde específicas na AB (especificamente para o pré-natal, psiquiatria, urgências e emergências)</p> <p>Atuar na lógica da interprofissionalidade e da colaboração entre as categorias profissionais</p> <p>Construir conhecimento sobre o trabalho pela via da pesquisa (em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa).</p> <p>Observar as situações de violência urbana e seus efeitos na atenção à saúde da PSR</p>	<p>Atuar na perspectiva dos “Pequenos Futuros”</p> <p>Manter o escopo de ações e ofertas da eCR o mais amplo possível</p> <p>Analisar a distribuição dos trabalhadores da eCR nos territórios, a partir das demandas e necessidades da PSR</p> <p>Evitar que mudanças na gestão impliquem modificações no corpo técnico, nas agendas e/ou questões na infraestrutura das eCR</p>	-

Fonte: O autor, 2021.

De início, serão realizadas as análises da Ilustração 23 contemplando as noções de resolutividade da eCR que foram citadas por mais de um grupo de entrevistados para, sequencialmente, analisar as noções que foram citadas de modo particular, por cada grupo de entrevistados.

Pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários disseram que o acesso à infraestrutura adequada na AB, ao espaço físico específico na UBS (sala para atendimentos, grupos, consultas, reuniões, etc.) e aos insumos está ligado à noção de resolutividade da eCR. Os documentos oficiais que orientam a organização e as práticas das eCR mencionam e reforçam a necessidade da eCR atuar no espaço da UBS (assim como nas ruas e nos espaços possíveis dos demais serviços da rede). Ressaltam, ainda, que cada espaço/território de atuação tem suas características e recursos específicos e a atuação nos diferentes espaços/territórios pode ampliar as possibilidades resolutivas da equipe (BRASIL, 2012a; 2012b; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016).

Na discussão sobre a resolutividade da AB e o investimento em ambiência e infraestrutura das UBS, a adequação do suprimento de recursos de apoio ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação (com maior presença no espaço físico da UBS) também foram apontados como elementos de ampliação da resolutividade (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; MACHADO, 2017b). Especificamente em relação às eCR, Vargas e Macerata (2018) alertam que a resolutividade da eCR é necessária nas ruas e na UBS. Para isso, de acordo com os autores, seria preciso organizar o espaço da sede (UBS) como um espaço de acolhimento para os usuários. Ainda, orientam que os fluxos da UBS devem se adequar à rua (flexibilizando horários e/ou alterando horários de funcionamento, avaliando a exigência de documentação para o atendimento, flexibilizando também os modos de ouvir, falar e orientar e etc.).

Todos os grupos de entrevistados reiteraram as questões apontadas pela literatura e, além disso, trouxeram outras atreladas a esta noção que favorecem para que a eCR seja mais resolutiva. A noção de resolutividade referida ao uso da UBS como um recurso clínico-político, contribuindo na ampliação das ofertas de cuidado e no acesso à AB e ao SUS, foi considerada pelos entrevistados com ênfase, garantindo um lugar para a PSR e para a própria eCR.

Uma coisa que considero como crucial, nesse entrosamento [entre eCR e AB], em que lugar essa eCR ocupa dentro das UBS [...]. Ela [eCR] teria que estar bem inserida dentro da UBS, não como apêndice da unidade, mas acho que ela deveria gozar de livre acesso a toda aquilo que a unidade tem pra oferecer. (Pesquisador Sudeste 4).

A equipe, ela precisa ter o espaço físico. Qualquer lugar é nenhum lugar. Assim como as PSR, a equipe precisa ter uma referência também. Ela não precisa ficar fechada dentro de uma salinha, mas ela precisa ter uma referência. Todos nós precisamos ter uma referência. (Gestor Centro-Oeste 1).

[...] uma equipe que tenha transporte, [...] consultório vinculado à UBS, você tem que ter banheiro para pessoas tomarem banho, entendeu? [...] tem que fazer uma consulta, né? Eu acho que tem que ter pequenas cirurgias, curativo, vacina [...]. (Pesquisadora Sudeste 3).

Outra questão destacada foi a do lugar da UBS no processo de trabalho da eCR e na dinâmica entre as ações nas ruas e na UBS. Os entrevistados sugerem que a eCR mantenha agendas nos dois espaços/territórios (rua e UBS). Na opinião dos entrevistados, o contato inicial nas ruas é tão importante quanto a entrada nos serviços de saúde.

Eu acho que um primeiro cuidado ele sempre se dá na rua, é muito difícil assim, a demanda espontânea, ela é pequena no início até você construir um vínculo com essa população. Depois que esse vínculo é construído aí que eles passam a frequentar mais a UBS. [...] tem que ter esse balanço, tem que ter sempre alguém na clínica [UBS], uma agenda na clínica e cê tem uma equipe na rua, tem que tá sempre nesses dois locais. Mas o que a gente vê que depois de um tempo da equipe instalada, as pessoas já conhecendo, eles começam a frequentar a clínica (UBS). (Pesquisadora Sudeste 3).

Acho que precisa ter minimamente um equilíbrio entre os vários espaços de cuidado, não dá para ficar dentro da UBS tempo todo, não dá para ficar na visita de rua o tempo todo, não dá para ficar só na rua e não circular nos equipamentos sociais [...]. (Gestora Sul 1).

Eu acho que é muito importante também pensar nos contextos que é uma equipe estar na base da eCR associada a uma UBS. Tudo bem, ficam 1 ou 2 profissionais na base, mas a gente tem que ir para rua, tanto de dia quanto de noite [...]. Acho que dá para fazer e acho que uma equipe boa precisa atuar em todos os turnos de funcionamento do consultório na rua. (Pesquisador Sudeste 2).

A necessidade de que seja garantido um conjunto de recursos, materiais, espaços específicos e insumos para a atuação da eCR na UBS foi outro ponto abordado pelos entrevistados.

[...] precisa garantir um espaço pras eCR. Não dá para ter uma fragilidade do lugar, [...] essa equipe não tem direito a ter um prontuário [...] essa equipe não tem direito de ter um espaço para se reunir, de fazer uma discussão de caso [...] a equipe precisa desenvolver atividade [...] porque atender a rua não precisa ter um consultório, não preciso ter um lugar pra especular, eu não preciso ter um lugar pra fazer um grupo, eu posso fazer na rua, eu posso fazer ali na calçada, a rua aceita qualquer coisa. (Gestora Sul 1).

Começando pela questão dos materiais, cada equipe precisa ter estrutura [...] os recursos, nos materiais que são precisos [...] para o uso das oficinas. (Usuário Nordeste 1).

A flexibilização do processo de trabalho, na perspectiva de reduzir as exigências de acesso e permanência, também foi mais um ponto atrelado à noção de resolutividade alusiva à conexão com a UBS, em que a maior exigência “é a relação com o usuário”. A questão

ressaltada pelos entrevistados é sobre como deixar a eCR mais em sintonia com as especificidades, demandas e necessidades das ruas e da PSR.

É uma equipe que tenha baixa exigência e alta flexibilidade. Não significa bagunça, significa que exige pouco do usuário, exige pouco... Exige na exigência da relação com usuário, nas flexibilidades de construção dos projetos, flexibilidade com a gestão, flexibilidade no horário de atuação, flexibilidade na forma de, enfim, do que vai ser priorizado [...]. (Pesquisadora Sudeste 5).

E outra com a questão de horários das equipes, ... a gente tinha equipe pela manhã e agora a gente só tem na parte da tarde e a gente sabe que a maioria do atendidos pelo programa, eles passam a noite, as madrugadas em uso, então não é pela manhã porque acorda tá naquele momento, de culpa, de estar arrependido que é esse momento que a gente está precisando daquela atenção, daquele carinho. (Usuário Nordeste 1).

Alguns entrevistados revelaram suas dificuldades por não estarem em eCR ligada à UBS e, também, sobre os efeitos da entrada na UBS para a eCR. Não estar na UBS pode significar a redução das ofertas, deixando a equipe na função de “transporte sanitário” (como já mencionado anteriormente), ao passo que “entrar” na UBS pode apontar para um novo horizonte de possibilidades.

[...] a UBS não é um local de referência ainda [...] a gente usa pouco, tem que usar a UBS. Usar mais a unidade vista como o consultório na unidade, os recursos da unidade, para além de usar a unidade como um lugar que a gente acompanha o usuário pra atender. Hoje a gente só faz do acompanhamento para o outro profissional que alocado no local de atender. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

E a gente já teve uma experiência de ir pra UBS, mas por um motivo errado, por um motivo de economia de energia, estava diminuindo o expediente no edifício sede. E a gente foi meio que despejado pra uma UBS, daí é ‘vamos pra UBS, vamos pra ponta’. As pessoas nos procuram lá, isso é interessantíssimo elas terem esse espaço que é sagrado pra elas [...] a porta de entrada é a mesma pra todo mundo [...], sentam na mesma cadeira [...] nossa permanência lá na unidade de saúde contribui para uma nova visão. (Trabalhador Norte 1).

Outros entrevistados problematizaram a distância de algumas eCR da UBS e descrevem efeitos deletérios desse movimento para a garantia de direitos, mas sobretudo para a resolutividade da eCR. Para estes entrevistados, a hipertrofia dos atendimentos nas ruas cria barreiras de acesso e problemas para a autonomia da PSR, além de repercutir na capacidade da eCR de responder às demandas de saúde, de modo mais amplo e efetivo.

Criou se outra visão de ... Se eu tô na rua, então eu levo a comida na rua. Ele almoça na rua, ele janta na rua. A saúde é na rua [...] ‘Ah! Mas a gente vai fazer a terapia na rua’ O quê? Quando é que esse indivíduo vai entrar nesse serviço, como cidadão que ele é?! Nós criamos foi barreira. (Usuária Sudeste 1)

Eu não to ali só pra resolver esse problema, o curativo dele. Não quero resolver só esse curativo desse cara e jogar na rua [...] tentar resolver algumas questões, levá-lo para pensar conjuntamente. Se é o segmento pro serviço de saúde. Aquele machucado, ele poderia ter ido no serviço de saúde [...]. A PSR, ela não pode ter uma autonomia que ela mesmo vem procurar o serviço social, ela tá sempre filiada (a eCR) com uma dependência [...]. Só vai ao serviço de saúde que um agente comunitário, se não, ela não é atendida. (Usuária Sudeste 1).

[...] ela [a eCR] deveria provocar o acesso dessa população a todos os programas que envolve a APS. Programas de hiperdia, programas de pré natal, vacinação, aquela coisa toda sabe?! Mas que o sujeito tenha acesso a UBS ... porque os consultórios ainda levam vacina na kombi pra fazer campanha de vacinação lá na praça, sabe? Ainda. Tem seu valor? Tem. Mas a gente tem que pensar que a gente tem que continuar essa questão que atenda as oportunidades lá na unidade básica, porque na kombi eu não vou ter todas as doses que precisa, às vezes, sabe? (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

Pode-se verificar que o tema da UBS e seus múltiplos usos e sentidos na dinâmica de trabalho da eCR foi uma noção significativa para todos os grupos de entrevistados.

Pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários apontaram como mais uma noção de resolutividade ter formação adequada para o trabalhador da eCR, que contemple as especificidades da equipe e prepare os profissionais para lidar com as distâncias entre a realidade do profissional e a dos usuários. Há, também, a baixa credibilidade e o reconhecimento dos profissionais de AB por parte da rede de saúde com relação à resolutividade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MACHADO, 2017b; AUGUSTO et al., 2018).

Já foi comentado anteriormente sobre a especificidade do processo de trabalho da eCR na perspectiva de documentos oficiais e diferentes autores. Os entrevistados contam que os trabalhadores de saúde não foram formados para as especificidades das demandas das ruas e os ambientes controlados dos espaços tradicionais de formação e o treinamento dos profissionais de saúde são distantes dos cenários/*settings* da rua, o que pode “paralisar” os profissionais ou construir um ambiente, onde, sem referências, tudo que é realizado ou ofertado pode ganhar caráter de cuidado e atenção, “de qualquer jeito”.

Nós somos formados, capacitados e treinados pra atender num consultório, num hospital, numa UBS, num ambiente fechado onde eu tenho um certo conforto independente da situação de local onde eu esteja, mas eu tenho quatro paredes. Na eCR nem sempre vai ter isso, [...] isso foge daquilo que você se preparou na academia pra fazer e isso às vezes incomoda bastante as pessoas. (Gestora Norte 1).

[...] é muito distante, provavelmente, do que a maioria das categorias profissionais aprenderam na sua formação [...]. Daí uma pessoa paralisa, ou ela cai numa armadilha, já que a gente não tem referências anteriores, pode fazer de qualquer jeito. (Pesquisador Sudeste 4).

Ainda em referência à noção de resolutividade e sua relação com a formação, foram elencados elementos que deveriam fazer parte da formação dos trabalhadores da eCR, na avaliação dos entrevistados, como a PNAB, os principais agravos da PSR, os indicadores da AB, os protocolos clínicos, a epidemiologia, os serviços da rede, a RD, a Saúde Mental, entre outros conhecimentos.

Eu penso na formação, bons clínicos [...]. Precisa ter conhecimento do território. Ela [eCR] precisar ter conhecimento de AB, conhecimento da rede [...] conhecimento

dos dispositivos que o território oferece, conhecimento do funcionamento dos dispositivos, conhecimento dos protocolos [...]. Eu acho que a equipe precisa ter muito conhecimento de vigilância, ter conhecimento dos principais agravos que acometem a PSR [...]. Precisa entender a epidemiologia da rua [...], ela precisa saber quem é essa população que ela vai cuidar. (Gestora Sul 1).

Falando de cada profissional, é um conhecimento mínimo ou básico a respeito da PNAB e como a eCR se insere nessa política né, da PSR, dos indicadores né que se tem atualmente a respeito da PSR, conhecimento a respeito das abordagens, a respeito da redução de danos, a respeito da garantia de direitos para essa população. (Gestor Centro-Oeste 1).

Todo agravo ele é, ele precisa de exigência de saúde mental ali [...] todo profissional da eCR vai ter que ter ensino e formação, e aí tem que ser uma experiência prática que conte com essa realidade. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

A noção de resolutividade ainda atrelada à formação fez emergir dos entrevistados que a eCR é uma equipe que precisa estar aberta à aprendizagem contínua e continuamente atenta para não deixar o despreparo profissional ser preenchido por ações de caráter moral.

[...] Eu acho que a formação dessas pessoas (trabalhadores da eCR) é uma formação que deve ser bastante diferenciada [...] é uma equipe que tem que tá aberta a tudo o tempo todo. (Gestora Sudeste 1).

Não é ser idiota, nem sonso, nem Madre Tereza de Calcutá, tem que ser, é profissional [...]. O que pode dar errado são pessoas [trabalhadores] despreparadas, pessoas que já vão querer levar [...] conhece o A. hoje já vai querer levar pra casa amanhã. O enfermeiro é enfermeiro, o técnico é o técnico, mas tem que ter um preparo [...]. (Usuário Sudeste 2).

Os entrevistados chamaram a atenção para esta noção de resolutividade atrelada à formação, ressaltando que é fundamental entender a postura e a posição para encontrar e estar com o outro, incluindo a postura física (estar ao lado da pessoa em situação de rua), encontrando com as pessoas “como quem encontra um parceiro”, um amigo, perguntando por questões gerais da vida e não somente por “questões de saúde”.

[...] tendo que se capacitar para dialogar com essas PSR. Que não é algo tão simples assim, eu lembro de algumas fotografias que eu tirava na rua né, de ver a postura que o profissional tá atendendo às vezes né ... o cara estava sentado na calçada e estava assim de cima pra baixo né. Aí você percebia que poderia estar menos travado, que conseguia se agachar e ficar ali na mesma altura [...]. (Trabalhador Norte 1).

Essas pessoas (trabalhadores da eCR) passarem por um cursinho, algumas palestras, enfim ... A maneira que se aborda essas pessoas. Não chega com um caminhão de pergunta, se chega como se você tivesse encontrando um amigo: Oi, tudo bem? Como você tá? Cê tá bem? Cê dormiu? Cê comeu? Entendeu? Isso. Mas não assim: Que dor você tá sentindo? Você tem documento? Você toma vacina? Meu, que acolhimento é esse? [...] nunca, nunca, converse com as pessoas olhando pra baixo, a pessoa sentada e você de pé. Se agache, se a outra pessoa não conseguir levantar, estenda a mão e levante essa pessoa. (Usuário Sul 2).

[...] Algumas pessoas contratadas nesses espaços (abrigos e Centros Pop) que tenham aí uma formação em saúde, né? Porque muita gente morre nesses equipamentos por falta de não ter ninguém (da saúde) que ali [...]. (Usuário Sul 1).

Na relação entre a noção de resolutividade e a formação se mostrou intensa e que perpassa por dimensões que transitam entre os campos técnico e moral.

Para os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários uma das noções de resolutividade é o reconhecimento da eCR pela rede local e PSR, considerando que a eCR é referência para ambos e goza da confiança de todos. Este elemento, na opinião dos entrevistados, amplia a resolutividade da equipe. O lugar e as funções de uma rede hierarquizada, articulada e organizada para o compartilhamento do cuidado aos usuários, na resolutividade da AB, são apontados por diversos autores (D'AGUIAR, 2001; SHIMAZAKY, 2009; MACHADO, 2017b) e, também, pelos documentos e manuais oficiais (BRASIL, 2012a; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). A literatura específica sobre as eCR também insiste em indicar o trabalho da eCR em uma rede que atue de forma integrada e articulada (MACHADO; RABELLO, 2018; VALE; VECCHIA, 2019; ARAÚJO, 2019), tendo em vista as “necessidades complexas” da PSR (CARDOSO et al., 2018).

Para os entrevistados, a relação de “intimidade” e proximidade entre os atores, na qual as pessoas se conhecem pelos nomes, é sinal de uma eCR resolutiva, e envolve a acessibilidade à eCR e o reconhecimento de uma rede local que tem na equipe uma referência para o atendimento da PSR e para discutir os casos em comum.

Eles te falarem que eles sabem que existe consultório na rua [...] você pergunta pra pessoa, ela sabe pelo menos consegue te dá o nome dos profissionais que tá lá no atendimento. (Usuário Sul 2).

Eu acho que se você fosse observar, por exemplo, o grau de aproximação, de vínculo que essa equipe tem com o usuário que você tá observando ali junto, né? A forma como ele se trata uma forma íntima [...]. (Pesquisador Sudeste 2).

Como que você acessa os profissionais? Você sabe onde eles estão? [...] E qual é o agente que te acompanhou? É aquele que tem um ... jaleco azul, eles identificam a eCR pelo jaleco [...] aqueles lá é a minha equipe [...]. (Trabalhadora Sudeste 1).

Primeiro é o reconhecimento né, no sentido de que as pessoas conhecem o consultório [...]. ‘Olha (a rede), a eCR faz isso, isso, isso’. A eCR consegue entrar em lugares que normalmente ninguém entra no primeiro momento e o consultório consegue [...]. ‘Olha (a rede), eu tenho aqui algumas pessoas que são cuidadas por nós, que também são cuidadas pela eCR. E periodicamente nós conversamos com essa pessoa em conjunto’. (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

[...] primeiro a rede saber da existência da eCR né? Ter como referência uma equipe que caso eles precisassem discutir, pensar o cuidado junto, pensar visita junto, encaminhar para fazer atendimento, pra agendar consultas, ter profissionais disponíveis e contatos disponíveis pra conversar sobre uma situação [...]. (Gestora Sul1).

[...] é uma equipe [eCR] que vem discutir os casos? ... E ao invés da gente chegar e dizer: ‘Não, mas tu tem que fazer o teu trabalho’. A gente chegava dizendo: ‘Ó, a gente tem isso pra ofertar’. ‘A gente tá fazendo isso e aí o que que tu acha?’. ‘Tem alguma coisa que vocês possam contribuir?’ (Gestor Centro-Oeste 1).

O reconhecimento e a confiança na eCR passam ainda pela regularidade da presença nos territórios e, também, por esta regularidade possibilitar a construção de autonomia dos usuários.

[...] já serem reconhecidos pelo dono do barzinho que tá ali, que na esquina tem um sujeito que tá ali, então o cara falou: Opa, a equipe [eCR] que passou [...]. O cara já sabe, terça-feira é a sopa não sei aonde, quarta-feira é a sopa não sei aonde. Poxa, se ele soubesse que terça-feira vai vir uma equipe de consultório na rua passar aqui [...] em rotina você não monta nada. Uma ONG de banho só dá certo porque eles estão lá todo dia, sei lá, toda semana [...]. (Pesquisador Centro-Oeste 2).

[...] e aí a gente pode começar a falar em autonomia também [...] se você combina com o sujeito: olha, terça-feira que vem eu to aqui de novo e aí você passa lá terça-feira e o cara tá te esperando, isso é um grande trabalho enorme, você já pode fechar sua pasta e ir embora só do cara tá ali te esperando, de repente ele não tem nada, mas tá ali te esperando [...]. Quando o sujeito é autonomamente livre para construir o vínculo com essa equipe, de poder esperar, de poder conversar, de poder reconhecer: ‘Ah, Dr. Fulana’ ou ‘Por que Dr. Fulana não veio hoje? Ela tá de férias, tá de licença?’ ‘Tá aqui a outra, tá aqui o outro’. (Pesquisador Centro-Oeste 2).

[...] a gente escuta muito de que às vezes ‘ah, porque o consultório na rua é referência pra o cuidado da PSR’ [...] eu ouvi isso do CAPS, [...] do pessoal do NASF [...] mas, por exemplo, eu já ouvi de algumas unidades de saúde de que essa população é responsabilidade nossa, aí eu acho que aí é uma coisa de [...] desimplicar e de tirar a responsabilidade de si. (Gestora Nordeste 1).

“Com essa equipe dá pra contar”. Esta frase permeou a fala de alguns entrevistados na relação entre a confiança na eCR e a noção de resolutividade.

[...] o que mais gera é [...] *marketing* entre a PSR é a resolutividade [...] outras pessoas assinarem embaixo, falaram: ‘Pode confiar nessa equipe, ela é tranquila né?’. Pode confiar que são pessoas bacanas [...]. (Trabalhador Norte 1).

É ter um certo tipo de relação próxima, onde o usuário pode entrar no serviço, sente que o serviço é um lugar dele, né? ou sente que ele pode contar com aquela pessoa (profissional) [...]. (Pesquisador Sul 2).

[...] ‘com essa galera aí da eCR dá pra contar’ [...] Se eu olho pra minha própria vida são poucas pessoas que eu digo: ‘Com esse daqui eu posso contar!’, isso não é pouca coisa. (Pesquisador Sul 1).

Quando você fala eCR, você não vai ver ali um brilho nos olhos da pessoa [...]. Você vai percebendo que: ‘Ah, são meus amigos, são parceiros. Eu gosto demais deles. (Usuário Centro-Oeste 1).

[...] ela [PSR] ia saber que ele [eCR] é alguém que quando ela precisasse de algum acompanhamento de saúde, ela ia saber onde encontrar essa pessoa e ela ia poder contar com aquela pessoa. (Gestora Sul 1).

[...] a própria referência que eles acabam criando em relação a equipe... acabam confiando nessa equipe: ‘Ah, eu sei que a equipe vai vir’. Uma vez a gente chegou para visitar um menino e ele disse eu sabia que vocês iam vir... era um menino adolescente que tinha sido privado de liberdade, né?! Ele foi para delegacia, quando a equipe chegou, a equipe ficou até emocionada porque ele disse: ‘Eu sabia que vocês iam vir’. (Gestora Nordeste 1)

As relações de proximidade e organicidade com a rede e a PSR, passando pela já citada necessidade de manter a regularidade das ofertas (inclusive a oferta de relação com a rede e a PSR) são os pontos de maior destaque neste item.

Outra noção de resolutividade da eCR revelada pelos pesquisadores, gestores e trabalhadores é a existência de estratégias de educação permanente e supervisão clínico-institucional para a equipe. A PNAB 2017 e os manuais oficiais do Ministério da Saúde apontam a educação permanente como uma das estratégias de qualificação da AB (BRASIL, 2012a; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). Magalhães (2018) menciona que a educação permanente é uma possibilidade de troca, aproximação com as demais equipes do território e de qualificação para as questões da PSR, o que é reforçado por Silva, Monteiro e Araújo (2018).

Entre os entrevistados, a sustentação de momentos e espaços de educação permanente e supervisão foi mencionada em sua relação com o aumento da resolutividade da equipe. A institucionalização de espaços de compartilhamento e problematização do processo de trabalho, sua organização, efeitos e implicações, junto aos usuários e trabalhadores, sobretudo no contexto da supervisão, foi considerada pelos entrevistados na perspectiva de que estes espaços sejam oportunidades da equipe olhar para si e refletir sobre suas questões, pois, nas palavras de um gestor, “a gente não muda processo de trabalho sem mudar as pessoas”.

Outra coisa que eu acho que importante e a equipe ter uma dimensão de propostas de aprimoramento dos processos de trabalho [...]. Então para ter uma equipe forte tem que ter muita educação permanente e muita reunião de equipe. (Pesquisador Sudeste 2).

Eu acho que uma supervisão clínica, eu acho importantíssima, não só no sentido psicológico, mas uma supervisão clínica de um ator ou externo ou de um coordenador que não faça parte dessa equipe, assim não faça parte do trabalho diário. (Pesquisador Centro-Oeste 2).

E eu acho que a supervisão [...] tem que ter. (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

[...] um processo de supervisão institucional, ter alguém para quem falar e ouvir sobre isso. É um trabalho que tem tanta mazela humana que não tem jeito do sujeito não sofrer. Não é atendimento terapêutico sabe?! (Trabalhador Centro-Oeste 1).

A gente não muda processo de trabalho sem mudar as pessoas. Então o que eu percebi nesses dois anos de supervisão no consultório na rua, as pessoas se tornaram outras. As pessoas que chegaram lá com determinados valores, com determinados modos de trabalhar, isso mudou, depois de dois anos eram outras pessoas né, que acreditavam em outras coisas, tinham outros os valores, se relacionavam de uma outra forma. (Gestor Centro-Oeste 1).

Ainda em referência à relação entre a supervisão e a resolutividade da eCR, os entrevistados revelaram que o excesso de demandas de cuidados diretos com a PSR, ou mesmo de demandas de outros serviços ou organizações para atender a PSR, pode minar a garantia dos momentos de educação permanente e supervisão, sendo fundamental, na opinião deles, organizar o processo de trabalho para que isso não aconteça.

[...] a questão da demanda da equipe [...] de ser uma demanda grande e a relação que a equipe tem com essa demanda, ela ser uma relação que impossibilita a equipe de se organizar e ter os seus processos coletivos [...]. ‘Ah não, mas não dá para a gente

se reunir’, ‘Não dá para a gente ter supervisão’, ‘Não dá porque não sei o quê, porque se não a gente deixa de atender as pessoas’. Cara, se tu atender todos os dias, 24 horas, tu vai deixar de atender pessoas, porque é isso. Entendeu? Não dá para atender todo mundo. (Gestor Centro-Oeste 1).

[...] a falta de supervisão. Não temos tempo para a supervisão da eCR. Nós temos supervisão de psicólogos, temos supervisão dos médicos, eu acho que são as duas, talvez as duas profissões que mais tenham supervisão no seu fazer [...]. (Trabalhadora Norte 2).

A garantia dos espaços de educação permanente e supervisão como modo de qualificar a eCR, como vistas à ampliação da resolutividade, emerge, em especial, como estratégia de estabelecer uma relação mais crítica com as demandas.

Gestores, trabalhadores e usuários indicaram que ter membros da equipe que “têm uma história com a rua”, isto é, membros com trajetória de rua ou com experiência prática de trabalhos com PSR, é fundamental para a resolutividade da eCR. Trabalhadores (em especial os agentes sociais, que tenham passado pela vida nas ruas, vivenciado suas especificidades) podem contribuir facilitando a vinculação com a equipe, na relação com os movimentos sociais e nos processos de educação entre pares. Há, inclusive, a possibilidade do trabalho na eCR se constituir como uma possibilidade de percurso de cuidado para uma pessoa em situação de rua (como foi o caso de um dos entrevistados).

[...] a gente precisava ter nas eCR profissionais que na época a gente chamava de educadores pares [...] ter pessoas que já tinham vivenciado a vida na rua [...] era importante garantir também uma diversidade nessas equipes [...]. (Gestora Nordeste 1).

[...] ter também os agentes sociais (PSR), né? Ele trabalha com a cultura, com o grupo [...]. Ele tem a convivência com a PSR, né? Com o movimento, os locais que eles vão, né, concluir os atendimentos, resolver as coisas. Através da cultura, sensibilizar e fazer com que as próprias PSR busquem mais a eCR [...]. (Usuário Sul 1).

Eu sou exemplo disso hoje [ex-trabalhador de eCR], porque se hoje eu sou uma pessoa, sou um cidadão, agradeço muito a eCR, agradeço muito ao CAPS e agradeço muito à assistência social. Por quê? É... Eles me mostrando autonomia e eu não sou aquilo que a sociedade fala, não sou aquele vagabundo que eu posso ser cidadão mesmo tendo meus defeitos e os meus usos [...]. (Usuário Nordeste 1).

Os entrevistados também mencionaram que há casos de pessoas que se empenham para se inserir neste tipo de equipe/trabalho, mas que a distância entre as realidades do trabalhador e do usuário, as questões morais, os preconceitos e outros inviabilizam a inserção da pessoa na equipe.

[...] pra trabalhar em campo (nas ruas), o diploma não funciona, funciona você ter prática, ... falar de morador de rua é bonito, agora vá dormir na rua com ele, vá ter uma vivência com ele pra ver [...] é totalmente histórias diferentes, bonito na teoria, prática é outra coisa, e a eCR é isso e a gente vivencia a prática, a gente tá lá pros usuários. (Trabalhadora Nordeste 1).

[...] acontece do profissional que quer trabalhar ... profissionais super capacitados, mas vai trabalhar com a PSR e não consegue, porque é uma população diferenciada.

Então não consegue trabalhar com mau cheiro, não consegue trabalhar com a questão do preconceito, do álcool, da droga [...]. (Trabalhadora Sudeste 1).

Observa-se que, para os entrevistados, uma relação anterior dos trabalhadores com as linguagens, os tempos, as culturas e os mundos das ruas abre portas para uma maior resolutividade da eCR.

Outra questão ligada à resolutividade expressa por pesquisadores, gestores e trabalhadores foi a presença do profissional médico na eCR. Como visto anteriormente, a legislação vigente abre a possibilidade para três tipos de modalidade de eCR, sendo que apenas uma (Modalidade I) recebe financiamento para ter, entre seus profissionais, o médico. Ainda, na análise dos dados do CNES, existem 38 médicos em eCR de Modalidade I e II (neste caso, o financiamento destes profissionais é exclusivo do município). Com estes elementos, a presença do médico na eCR e em sua dinâmica de trabalho merece atenção. Os entrevistados apontaram que as possibilidades de cuidado de uma eCR sem o médico ficam limitadas e relatam que os médicos das eSF não atendem a PSR, mesmo com o suporte das eCR, o que torna um diferencial a presença deste profissional na equipe.

Eu acho importantíssimo que sejam equipes tipo três. Eu acho que não tem eCR sem médico, vamos falar sério, né? Não é resolutivo [...]. (Pesquisadora Sudeste 5).

[...] a gente também precisa refletir sobre o papel do diferencial de ter o médico no consultório na rua ... Se eu tenho um médico comigo, na minha equipe, a chance de eu começar a ter um aprofundamento do cuidado, das necessidades e demandas que esse paciente tem, é... São bastante evidentes [...]. (Pesquisador Sudeste 2).

[...] eu acho que é um marco, inclusive, na resolutividade. A gente sabe que as equipes que tem médico apresentam uma resolutividade diferente das que não tem médico né. Então eu acho que tem esse profissional médico comprometido com a saúde coletiva, sobretudo com a questão do adoecimento da PSR, é um diferencial. (Pesquisador Sudeste 4).

Tem que ter médico. Esse negócio de modalidade 1 e 2 sem médico não dá? Não tem resolutividade nenhuma [...]. Achar que os outros médicos da equipe de saúde da família vão atender, não é bem assim né. (Pesquisadora Sudeste 3).

Eu acho que você ter um médico numa equipe já me fala que essa equipe tem uma resolutividade melhor [...]. (Gestora Sudeste 1).

Hoje eu vejo que uma equipe sem médico, ela pode cuidar, mas ela traz um limite absurdo. E é um limite tão grande né, que só quem tá lá percebe. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

Abrindo aqui uma exceção na sequência de falas que foram de mais de um grupo de entrevistados por conta da complementaridade do tema, os trabalhadores disseram que uma noção de resolutividade é a eCR não concentrar a organização da agenda da equipe na agenda do médico, o que é um contraponto, ao mesmo tempo que complementa a noção anterior enunciada por pesquisadores, gestores e os próprios trabalhadores. O lugar e a função que o profissional médico ocupa na dinâmica e na organização da agenda da eCR foi

problematizada como uma “armadilha” da resolutividade, mas que pode se tornar um complicador na perspectiva de uma dinâmica de trabalho, que tome a resolutividade de modo mais amplo e para além do biológico, ou de modo que a atenção e o cuidado entre a eCR e a PSR sejam baseados numa relação de queixa e conduta. A agenda política da eCR, no sentido da garantia de direito, sobretudo do acesso à UBS, pode ser desmobilizada se na organização do processo de trabalho a equipe não estiver atenta que ao mesmo tempo que o profissional médico pode ampliar a resolutividade da eCR, pode reforçar uma ideia de que o trabalho com a PSR deve ser realizado exclusivamente nas ruas e/ou apenas pelas eCR. Os trabalhadores também problematizaram que, para o usuário, esta centralidade da eCR no modelo de consulta médica pode não ser ruim, mas expressa uma relação com o médico que pode se tornar idêntico ao medicamento. Por último, os trabalhadores disseram que muitas vezes “o médico, produz deslocamentos daquilo que já está instituído na equipe”, produzindo crises entre os trabalhadores.

Quando entrou uma médica, numa lógica de fazer o cuidado direto à PSR, ela reformulou a equipe. Ela organizou a equipe de um jeito que agenda da equipe virou agenda do médico. Então a maior parte da equipe que ta correndo atrás de exame, de consulta especializada. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

Gente, não é pra centralizar no médico. Médico, ele é o diferencial. Mas não é só o médico que conduz o consultório na rua. (Trabalhadora Norte 2).

Teve uma época que não fazia diferença médico. Porque todo o movimento da eCR era de garantia e entrada desse morador na unidade. Então o médico atrapalhava. A presença do médico trazia uma resolutividade pro consultório que interferia na agenda política do consultório. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] um dos aspectos que é ruim pra equipe, é ela se tornar médico centrada. Entretanto não é tão ruim pro usuário ... e o usuário que vai falar assim: ‘Eu to com dor de cabeça’. E aí a gente pow! Medicação na hora. Então quanto mais médico centrada... ele [o usuário] sempre vai ser uma expressão, uma concepção de saúde nossa. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] muitas vezes o médico, ele produz deslocamentos daquilo que já está instituído na equipe e que produzem às vezes crises. Vou te dar um exemplo... Acontece que tem certas circunstâncias que a consulta médica vem na frente do cadastro porque é urgente essa consulta e às vezes essa consulta, ela acaba se transformando numa segunda consulta, numa terceira consulta e o cadastramento não é feito e isso às vezes cria choque com o técnico de enfermagem que vai ver: ‘Uai fulano foi marcado aqui e não cadastraram até agora ele’ [...]. Essas exceções são necessárias de serem cumpridas como exceções, encarados como exceção [...]. (Pesquisador Sudeste 2).

Como observado na noção de resolutividade da eCR referida à presença do profissional médico, esta presença exige atenção da equipe na sua inserção no processo de trabalho da eCR, dada a complexidade envolvida.

Pesquisadores e trabalhadores indicaram mais uma noção de resolutividade da eCR, a da atenção e do respeito às temporalidades específicas das ruas (das PSR, dos serviços e do cuidado). Os manuais oficiais (Ministério da Saúde e dos municípios de São Paulo e Rio de

Janeiro) mencionam esta questão. Além disso, a eCR pode ter a capacidade de mobilizar para a mudança, respeitando o tempo do outro (ALECRIM et al., 2016; DUARTE, 2019), ao mesmo tempo em que se deve considerar os longos tempos que a PSR tem de aguardar nos atendimentos na rede. Por sua vez, isso pode gerar ansiedade relacionada, por exemplo, aos horários das refeições nas unidades de abrigamento e ao compromisso com fontes informais de renda (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018).

Entre os grupos de entrevistados foram ressaltadas as diferenças entre os tempos dos usuários, dos serviços e do cuidado em diferentes perspectivas e situações. Na opinião dos entrevistados, a rua “traz uma urgência” que não permite planejamentos a longo prazo, opera em um regime temporal mais ágil do que os serviços da rede conseguem interagir e a resposta dos serviços da rede, em geral, é tentar enquadrar o tempo da rua no tempo do serviço ou do trabalhador, o que pode causar atritos entre a eCR e a rede local. Planos terapêuticos também precisam estar atentos a estas temporalidades.

O tempo de cuidado da PSR é outro, né? Demanda tempo, por exemplo, em uma clínica de saúde da família (UBS) que o cara bota de dez em dez minutos a consulta, não rola, sabe? O tempo que essas pessoas vivem, isso a gente observa também, é muito diferente. Tipo assim: O tempo que a gente tem, ninguém sabe que pode morrer né, amanhã. Mas assim a gente tem uma perspectiva de vida, a gente planeja... a gente vai criando na nossa imaginação uma temporalidade que é muito maior do que a PSR. As pessoas que tã em situação de rua, o tempo é hoje e agora. Então você fazer o plano terapêutico, por exemplo, que envolva falar seis meses do tratamento, por exemplo, na tuberculose. Tem que ser feito no dia a dia sabe, no cuidado dessa população [...]. (Pesquisadora Sudeste 3).

[...] eu acho que o limite de quem trabalha com a rua, eu acho que é a questão de uma temporalidade específica daquele que acontece na rua... Que normalmente é uma urgência que os outros pontos da rede não compram... Quase sempre, os outros pontos da rede não entendem essa nova temporalidade específica da rua, querem colocar a PSR na lógica temporal da população geral, e aí eu acho que isso tem sido um dos principais fatores que tem desgastado a relação das eCR com a rede. (Pesquisador Sudeste 4).

Outra questão mencionada em relação a esta noção de resolutividade e os contatos com os diferentes tempos foi a das especificidades dos tempos, que podem angustiar os trabalhadores das eCR. Ansiosos, eles podem, ao tentar resolver os problemas de saúde, abrir mão da análise destes diferentes tempos e, com isso, aumentar as possibilidades de frustração dos envolvidos. A ansiedade da eCR em tentar mover os tempos dos sujeitos e do cuidado pode produzir distanciamentos entre os envolvidos, além de deixar de possibilitar que a relação entre a eCR e a PSR crie outras relações com o tempo.

O tempo é uma coisa que nos angustia bastante porque as equipes têm desejo de fazer muita, [...] a quantidade de pessoas para atender ... acaba limitando esse tempo [...] O limite é aquele, não dá pra extrapolar [...]. (Trabalhadora Sudeste 1).

[...] tem pessoas que vão estar mais prontas para buscar se organizar e resolver os seus problemas, você vai ter pessoas que vão estar com menos condições disso, [...] Eu acho que a gente tem que diminuir a nossa ansiedade enquanto profissional, [...]

a gente também vê as pessoas às vezes buscando caminhos que são totalmente opostos aquilo que a gente entende que o nosso olhar de técnico diz que poderia ser melhor para ela e não é o tempo dela. Então, eu acho que é uma coisa do profissional poder se entender enquanto profissional nos seus limites também, mas não deixar de buscar as possibilidades, não desistir e dizer: Ah, é assim mesmo ou ele quer desse jeito, a gente aceita. As possibilidades têm que estar sempre na mesa. (Pesquisadora Sudeste 1).

[...] Ela não pode atropelar o tempo e a perspectiva do usuário com que ela tá lidando, ... Ela [eCR] não pode, por exemplo, obrigar a pessoa a mudar o jeito de vida dela, não usar drogas, seja do jeito que for ... o direito é uma questão de oferta, não é uma questão de obrigação, né? Tu não impede ninguém de morrer. O que tu pode é fazer tentativas de transformação desse rumo, que é um rumo que vai ser tomado na relação, não é na tua cabeça, não tem um rumo pronto, mas ali na relação de cuidado o rumo vai ser construído. (Pesquisador Sul 2).

Por fim, os entrevistados alertam que esta noção de resolutividade ligada às temporalidades da rua pode também ser incorporada como uma estratégia de trabalho da equipe. Por exemplo, a eCR pode trabalhar os tempos a seu favor, assim como para os usuários e a rede, usando as normas e as regras dos serviços como suas exigências temporais, de modo educativo, na perspectiva do cuidado e da cidadania.

Mas o cara conseguiu entender que ele é um usuário que precisa ... que ele tem que seguir normas que tem regras pra acessar o serviço, que ele tem uma fila que demora, que ele tem que ter um tempo, que ele vai, isso é um aprendizado pro usuário [...]. Que a população toda fica, ele vai ter que aprender. Eu acho que esses efeitos, a rede começa a sentir [...]. (Trabalhadora Sul 2).

Nesta noção de resolutividade, merece destaque como a relação com as múltiplas temporalidades envolvidas no trabalho da eCR pode funcionar de modo negativo para a organização do processo de trabalho, caso não seja considerada. Pode, ainda, produzir efeitos educativos interessantes, caso a equipe não se posicione como apenas submetida às diferentes temporalidades, mas se disponha de modo ativo a trabalhar a partir delas.

Trabalhadores e usuários atrelaram a noção de resolutividade à ampliação do escopo de ofertas e aos limites da AB. A PNAB 2017 diz que as equipes devem ser resolutivas desde os primeiros contatos, garantindo o mais amplo escopo de ofertas e formas de cuidado, concentrando recursos, maximizando ofertas e melhorando o cuidado (BRASIL, 2017a). Para os entrevistados, a eCR torna-se mais resolutiva se operacionaliza a perspectiva ampliada de saúde, ampliando e diversificando as interfaces com outros campos do conhecimento (trabalho e renda, artes, esportes, agricultura, educação etc.), testando os limites da AB e da saúde.

Na avaliação dos entrevistados, a incorporação dos diferentes campos de conhecimento e atuação no conjunto de ofertas da eCR pode ampliar também outros pontos de contato entre a equipe e a PSR, podendo colaborar com o vínculo e os desdobramentos subsequentes na atenção e no cuidado.

[...] a gente não pode só fazer curativo, e só cuidar da ferida da pessoa e só proporcionar saúde ... Ele [eCR] tem que pensar que a PSR, ela nunca vai vir só com a questão da saúde, ela vai vir com várias questões. Questões sociais, questões de desemprego, de agricultura familiar. E a equipe tem que estar preparada pra qualquer uma dessas questões, por isso que a gente tem, tanto projeto que é essa música, ou chá de bebê, a diva, ter o futebol, na copa agora recentemente [...]. (Trabalhadora Sudeste 1).

Tem que ir além da saúde, porque você conseguia olhar pro cara por inteiro e não essas políticas fragmentadas, aqui a assistência, o mesmo cara da assistência que vai na rua lá, fazer uma coisa e depois vai pro CEIAS e depois vai pro CRAS, depois vai na eCR. E aí fica um desperdício, e não olha o cara por inteiro porque cada um faz um pedaço, [...]. Então acho que a eCR tinha que ser isto, mais completa e mais complexa. (Trabalhadora Sudeste 1).

A ampliação das ofertas intersetoriais da eCR, em especial as relacionadas a escolaridade e ao trabalho e renda, podem contribuir para a resolutividade. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

Pra quê levantar escolaridade? Né. Ahh a gente não levanta escolaridade [...] o usuário parou na quarta série. Aí a gente não consegue arrumar nenhum lugar que faz formação do trabalho pra pessoa que tem até a quinta série. Aí a gente vai tentar fazer alguma articulação com alguma escola pra que a gente tenha uma relação com a escola porque o pessoal que está na rua tem uma escolaridade baixa. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] no meu ponto de vista na minha percepção tem uma saúde muito mais ampla né do que a AB, urgência e emergência... bem ampla. Então pra mim, se eu tenho ali esporte, educação, tudo dentro dessa equipe de saúde né, eu acho que todas essas outras ferramentas estão dentro da perspectiva de saúde [...] Então uma vez que vejo e compreendo essa história de vida, começo a trabalhar por partes. Então por exemplo, ali na rua, jogar um futebol com a rua né, pra logo após isso fazer uma roda de conversa, eu vou estar sempre ali pensando em estruturação do cara, pensando em interagir, essa coisa do exercício físico, já pensando em processo psicológico ali na roda com os psicólogos, chamando a atenção para ... cuidados pessoais desses sujeitos né. De restaurar isso, de ressignificar isso novamente. E a partir disso um desejo de todas essas áreas da vida [...]. (Centro-Oeste 1).

Ainda sobre a noção de resolutividade da eCR na perspectiva de ampliação dos limites da AB, para os entrevistados, numa lógica ampliada de saúde, a eCR já avança em alguns aspectos o cuidado na AB, em relação ao que é produzido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, sobretudo no cuidado no campo da Atenção Psicossocial, mas sem deixar de comentar sobre o “peso” que traz operar sempre numa lógica ampliada de saúde.

Acho que a eCR, ele, pensando numa eSF, ele já avança em algumas coisas, [...] no cuidado do paciente esquizo dentro da eCR. Tá dado que o paciente do... o esquizofrênico que tá na rua, é a gente faz o cuidado, se tiver que fazer medicação supervisionada, apoiado junto com o NASF, junto com CAPS, ok, é a eCR, isso tá incorporado a discussão, enfim, e eu penso que na eSF já tá incorporado que o cara é um esquizo, é um transtorno mental grave, beleza, não é nosso. É CAPS. Tchau. Então eu acho que a eCR ela já tem uma amplitude de cuidado que aí eu não sei se, se na verdade, as demais equipes de atenção básica também deveriam ter ou é porque a gente também já se atrapalhou nesse ‘Até onde a gente vai?’. (Gestora Sul 1).

[...] eu me meti em muitos campos que não eram da AB, [...] o conceito ampliado de saúde, carrega um peso muito grande e que as outras secretarias ou a própria saúde tem muita dificuldade de dialogar com as outras secretarias, por exemplo, acesso a água potável né. (Gestora Sul 1).

Pensar a noção de resolutividade atrelada à incorporação de outras áreas do conhecimento tem pontos interessantes já ressaltados, mas é igualmente importante refletir sobre a delimitação entre os campos de atuação das diferentes equipes e políticas públicas que atuam junto à PSR. Uma coisa é ampliar o repertório de ofertas (escopo), com estratégias e conhecimentos de outros campos; outra, é assumir a responsabilidade pela educação da PSR e empregabilidade, ou seja, por áreas que têm políticas públicas específicas, já delimitadas.

Outra noção de resolutividade para a eCR que se relaciona com a anterior, mas que ganha na fala de pesquisadores e gestores contornos específicos, é a de ter atenção às possibilidades e aos limites da AB e da rede local (equipes, serviços, ofertas, etc.). Os entrevistados ressaltam que as eCR mais resolutivas levam em consideração os limites e as possibilidades reais da rede local (não a interpretando como uma rede abstrata e idealizada). Isso significa que, por vezes, as equipes: podem não estar completas, com todos os profissionais, ou contar com trabalhadores que não conseguem realizar certos procedimentos específicos; não atendem em horários que a PSR tem mais facilidade para acessar; ou atuam com farmácias que não atendem as necessidades da PSR. Alegam também que as equipes deveriam ter conhecimento e manejo no campo da Atenção Psicossocial, devido à prevalência destes agravos em sua população atendida (como é o caso das eCR), pois alguns CAPS, CREAS e Centro Pop não acolhem adequadamente a PSR. Ainda, há de lidar com ações de estado de violação de direitos que sejam conflitantes/contraditórias com outras ações de estado em relação à PSR. Enfim, são diversos fatores concretos que podem incidir diretamente na resolutividade da eCR e, por isso, as equipes que estiverem atentas a estes limites são, na opinião dos entrevistados, mais resolutivas.

[...] o limite pra mim é mais esse limite da estrutura, de que serviços você tem na rede e na clínica (UBS), clínicas que tenham pouquíssimos serviços são limitadas na sua função... vejo locais da saúde da família que a farmácia é uma portinha, têm pouco remédio... o curativo não é feito na unidade, [...] Tem eCR que se sentem seguras de abordar e resolver algumas questões de saúde mental, outras não tem e aí tem que acionar CAPS, etc. Nem sempre precisa acionar CAPS pra trabalhar com esses usuários, às vezes sim, às vezes não, então acho que é um limite flexível. Agora sem estrutura, aí o limite fica muito maior [...]. (Pesquisadora Sudeste 5).

[...] tem os limites da própria rede, [...] a gente não tem como dizer como CAPS vai trabalhar ou como a UBS vai trabalhar ou como a Defensoria Pública vai trabalhar ou como o CRAS ou o CREAS vai trabalhar ou muito menos interferir nesses processos de trabalho deles [...]. (Gestor Centro-Oeste 1).

Eu acho que os limites, estão para além da governabilidade da própria equipe, que aí são esses limites das decisões governamentais que resvalam no trabalho da equipe. [...] aqui em SP, a eCR fica meses ou até ano fazendo vínculo com os usuários de crack numa determinada região e aí vem a segurança pública e põe fogo em tudo, e trata aquilo como sendo tudo criminoso. [...] paradoxal o estado né, de um lado se compromete com políticas e tem equipes, e que de um outro lado completamente

contraditório, o rapa que o tempo inteiro pega os pertences e os documentos e receita, e joga fora o remédio. (Pesquisador Sudeste 4).

Pesquisadores e gestores ressaltaram que uma noção de resolutividade para a eCR é a de atuar no cuidado de algumas condições de saúde específicas na AB (especificamente para o pré-natal, psiquiatria, urgências e emergências). Para os entrevistados, a oferta de cuidado para algumas condições de saúde (em especial o acompanhamento de pré-natal, de pacientes com questões psiquiátricas, além das urgências e emergências) tem se mostrado como limites importantes nas ofertas de cuidado das eCR. Neste sentido, sem perder do horizonte os atributos da AB, as equipes mais resolutivas são as que conseguem construir ofertas de cuidado e atenção também para estas condições específicas.

Ok, fazer o pré-natal é da AB e é da eCR. Muita clareza de fazer uma puericultura era da AB [...]. (Gestora Sul 1).

[...] a questão do atendimento de urgência e emergência e pra mim aí tá um dos nossos limites [...] Casos de transtorno mental grave na rua, sabe?! Crianças na rua ... nos trazem muitas limitações. Porque a gente precisa chamar conselho tutelar, juizado da infância e da adolescência, a busca pela família, [...]. (Gestora Nordeste 1).

Da melhor maneira possível que envolve atender necessidades de saúde que tem certa urgência, [...]. (Pesquisador Sul 2).

É que a eCR não é um serviço de urgência e emergência, então não adianta tu ligar pro celular da eCR uma da manhã dizendo que tem uma pessoa ali que tá isso, que tá aquilo, que tem não sei o que, né?! E isso pessoal foi assimilando com o tempo [...]. (Gestor Centro-Oeste 1).

Os limites apresentados no item acima reforçam a dimensão que a ampliação das ofertas da eCR apresentou nas entrevistas, pois soma-se a alguns outros itens que apontaram noções de resolutividade bem próximas a esta.

Outra noção de resolutividade para a eCR apontada por pesquisadores e gestores foi a de colaborar com os deslocamentos dos usuários pela cidade para o acesso aos cuidados em saúde. A literatura específica sobre as eCR trata da disponibilidade dos trabalhadores da equipe para acompanhar os usuários encaminhados para os serviços de saúde, como uma estratégia de ampliação da resolutividade da eCR. Os autores observam fatores positivos (garantia do acesso) e negativos (preocupação da eCR com o tratamento que será dado à PSR nos demais serviços da rede e/ou as dificuldades dos usuários em conversar sobre suas demandas e necessidades) nesta estratégia (GRANJA; LIMA, 2020).

Para os entrevistados, a possibilidade de oportunizar o deslocamento dos usuários para facilitar o acesso aos demais atendimentos em saúde surgiu em diferentes contextos. Um deles, já citado anteriormente, é o contexto da garantia do acesso, não só pela possibilidade de transporte, mas também pelo usuário nesta situação estar acompanhado por um profissional da

eCR, fato que reforça junto às outras equipes a garantia do direito ao atendimento. Além disso, outro viés que emerge com esta noção de resolutividade é o papel do carro na dinâmica da eCR, podendo atuar como transporte para a equipe, funcionar como consultório para atender o usuário, além de transporte sanitário.

[...] é um fato a questão da dificuldade do transporte público, não ter dinheiro, a pessoa não ter como se locomover entre um serviço e outro, garantir essa articulação entre os serviços, essa circulação entre serviços, acho que a rede cobra muito essa disponibilidade, inclusive de apoiar nesse transporte, de garantir essas idas em atendimento, [...] (Gestora Sul 1).

Uma equipe forte tem tudo para ser mais forte se tive um carro com ela porque o carro facilita muito a nossa vida... o carro pode ser usado para transportar a equipe. Ele pode ser usado para atender o usuário dentro do próprio carro em determinadas circunstâncias e ele necessita também de ser usada para gente transportar esse usuário para outras áreas do campo da saúde [...]. (Pesquisador Sudeste 1).

Novamente, faz-se necessário destacar e atentar para que os diversos papéis da equipe e do carro não se confundam e acabem por produzir modos de tutelamento do usuário pela eCR, na expectativa de garantir direitos e, também, a desimplicação da rede em relação à PSR.

Gestores e trabalhadores indicaram que a inclusão de recursos lúdicos, artísticos e esportivos é uma noção de resolutividade da eCR. Meyer (2014) afirma que estratégias mediadas pela arte tem potencial para ampliar a resolutividade da eCR, operando como meios de expressão, descoberta de habilidades há muito abandonadas e, também, como forma de resgatar a autoestima dos usuários (MEYER, 2014; SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Os entrevistados também trouxeram a inclusão de recursos artísticos, lúdicos e esportivos, principalmente os alusivos aos processos culturais locais, como característica de uma eCR mais resolutiva. Entre os pontos enunciados pelos entrevistados como exemplos desta proposta foram os efeitos destas estratégias nos processos de vinculação com a PSR com a equipe e na adesão às propostas de tratamento.

[...] profissionais com a formação em artes, teatro e música, pra gente conseguir trazer essa questão lúdica, recreativa também né, para o campo da saúde [...]. (Gestora Nordeste 1).

[...] às vezes é o acolhimento, uma conversa, às vezes não quer nada, as vezes não quer médico, não quer nada, mas eles querem a gente perto, é incrível, por exemplo... eu faço uma resenha, eu faço comédia... eles gostam muito dessa parte dinâmica, do lúdico, eles gostam muito disso, eu percebo que eles são muito carentes a população [...]. (Trabalhadora Nordeste 1).

[...] o quê que tem a ver futebol com cuidado e com eCR? Aí o paciente falou: 'Olha, quando eles cuidavam de mim, da minha saúde'. Beleza, eu fazia curativo, tomava remédio, tive uma gripe, melhorava. Mas eu continuava usando a minha droga, continuava bebendo, eu continuava fazendo coisas que não deveria fazer pra melhorar a minha saúde. Hoje, eu participo do futebol o ano inteiro porque eu quero me preparar pra copa. Então eu sou obrigado a fazer uma avaliação médica, o que antes ele não fazia. Então ele faz uma validação médico, aí pra ele poder jogar bola, ele não pode usar droga antes porque se não o time dele não vai ganhar. E aí o time

começa a puxar ai, ele fala: ‘Meu, você não vai usar porque você vai participar do time, se não a gente arregança você’. Fala pra eles. E aí eles falam, ai quando vou ver eu já tô sem droga uma semana. To sem beber uma semana, e ele falou: ‘Tô melhorando, tô começando a ter consciência que eu posso fazer outras coisas’. (Trabalhadora Sudeste 1).

O exemplo da inserção de futebol na noção de resolutividade acima dá uma boa dimensão do quanto a resolutividade da eCR pode ser afetada por ofertas mediadas pelo esporte, sobretudo na inserção dos educadores físicos, pela arte e por outras formas de incorporar outros simbolismos ao processo de cuidado.

Trabalhadores e usuários ressaltaram que a provocação por parte dos movimentos sociais da PSR e sua participação na construção de ofertas de cuidado da eCR é uma noção de resolutividade para a eCR. A importância do controle social no SUS já foi abordada em itens anteriores deste trabalho. A própria importância do Movimento Nacional de PSR, na luta por garantias de direitos e na construção das diversas políticas públicas específicas, também já foi discutido em diferentes momentos deste estudo, deixando clara a importância desta questão para a PSR e para o SUS. Nesta noção de resolutividade, a perspectiva colocada pelos entrevistados foi de circunscrever, em especial, a participação na construção das ofertas para a PSR. Para os entrevistados, uma rede que seja “provocada” constantemente pelos movimentos sociais da PSR, no sentido da participação mais direta na organização dos processos de trabalho, foi vista como uma potencial estratégia de tornar a eCR mais resolutiva.

Porque a rede só vai funcionar com a pressão do movimento social [...]. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

Construindo junto com a gente, porque assim a gente ia poder alinhar tudo. Como nós também iríamos apontar o que era que tava faltando em vocês... vocês têm a reunião de vocês de equipe, nos convida pra gente alinhar [...]. (Usuário Nordeste 1).

É eles (PSR) terem conhecimento e terem participação nas reuniões, nesses espaços, na construção junto... Porque aqui o que acontece, ... você vai lá (nos espaços de decisão) não tem nenhum um morador em situação de rua lá, não tem nenhum representante legal da rua. (Usuário Sudeste 2).

Nesta noção de resolutividade foi reforçada a dimensão política deste trabalho, com as eCR possibilitando o exercício da cidadania, além de tornar a eCR mais permeável ao conhecimento proveniente da experiência nas ruas.

Recapitulando, os pontos comuns entre os grupos de entrevistados quando em referência às noções de resolutividade da eCR foram: acesso à infraestrutura adequada na AB e a espaço físico específico na UBS; formação adequada para o trabalhador da eCR; reconhecimento da eCR pela rede local e PSR; existência de estratégias de educação permanente e supervisão clínico-institucional; membros da equipe com trajetória/experiência de rua; presença do profissional médico na eCR; não concentrar a organização da agenda da

equipe na agenda do médico; atenção e respeito às temporalidades específicas das ruas; ampliar o escopo de ofertas e os limites da AB; atenção às possibilidades e aos limites da AB e da rede local; atuação das equipes no cuidado de algumas condições de saúde específicas na AB; colaborar com os deslocamentos dos usuários pela cidade para o acesso aos cuidados em saúde; inclusão de recursos lúdicos, artísticos e esportivos; provocação por parte dos movimentos sociais da PSR e sua participação na construção de ofertas de cuidado da eCR.

A seguir, ainda em comentários analíticos sobre as noções de resolutividade da eCR, serão analisadas as noções que foram citadas de modo singular, por grupo de entrevistados.

Pesquisadores revelaram que suportar as tensões constituintes do trabalho com as ruas é uma noção de resolutividade para a eCR. As diversas tensões e pressões produzidas pela e com a eCR já foi discutida em item anterior no contexto da relação com a rede. Os pesquisadores entrevistados chamaram a atenção para o que eles denominaram de “tensões constituintes” do trabalho nas ruas e das eCR. Lidar diariamente com o conjunto de questões que perpassam o estar em situação de rua de um modo geral, com as complexas questões que atravessam as vidas singulares das pessoas acompanhadas, com as dificuldades do trabalho em equipe, com a insegurança provocada por não se sentir qualificado para as especificidades deste trabalho, com as múltiplas impossibilidades na relação com a rede local, com todos os estigmas e preconceitos da sociedade, dos serviços e dos trabalhadores em relação à PSR, entre outras questões, provocam o que os entrevistados chamam de “tensões constituintes”. Os entrevistados afirmam que equipes que conseguem lidar de forma mais preparada e “madura” com estas tensões podem ser mais resolutivas. Tal maturidade significaria conseguir compreender e interagir com o conjunto de limites impostos para as eCR, para os trabalhadores e para a PSR, avaliando de modo singular, no que houver de específico a cada situação, o que é possível fazer e, também, quando não há o que ser feito, sem que isso desestime a equipe ou a faça desistir das pessoas.

Os entrevistados problematizam a necessidade de ter de realizar o extraordinário todos os dias, sendo sempre criativos e inventivos. O imaginário de ter de promover grandes movimentos na vida da PSR (sair das ruas e ir para um abrigo ou casa, parar de usar drogas, voltar para a família, voltar aos estudos, voltar ao trabalho, etc.) pode desmobilizar a equipe, na opinião dos entrevistados, para uma oferta mais significativa, a de relação, de um vínculo que possa promover a quebra de padrões de relação menos produtivos para os sujeitos. Este ato de ofertar a si mesmo, como possibilidade de uma interlocução com os usuários, pode passar como “nada”, algo sem significado imediato, se o desejo da equipe for promover sempre movimentos na vida das pessoas da ordem do extraordinário.

Eu acho que o ser humano faz coisas sobre humanas, a gente faz coisas extraordinárias, né?! Mas isso tem isso tem um custo também, a gente não faz coisas extraordinárias todos os dias... eu acho que quem estabelece o limite da intensidade do cuidado é a própria equipe, [...]. (Pesquisador Sul 1).

Eu testemunhei a equipe fazer coisas extraordinárias, eu senti no corpo que eu fiz coisas extraordinárias, que eu achei, né?! Foram no sentido meio que de sobre humano [...] mas o extraordinário se tornou regra de alguma maneira no campo da saúde coletiva. A produção pega a produção aí, por exemplo, da própria Educação Permanente que eu trabalhei muito tempo, do quanto que a equipe precisa ser inventiva, precisa ser criativa, desenvolver, né?! Favorecer o controle social, a humanização... o extraordinário se tornou regra, quase uma obrigação, um valor supremo, um valor superior, né?! Eu acho isso problemático... uma equipe que precisa de alguma maneira ser extraordinária para saciar esse monstro e isso como um valor idolatrado no campo da Saúde Coletiva, a gente não fez a discussão mais madura assim, sabe?! Do que é possível mesmo, sabe?! (Pesquisador Sul 1).

[...] essa é uma das tensões constituintes desse trabalho, né?! Esta é uma questão que retorna cotidianamente, ela precisa retornar... teve um residente que falou o seguinte que eu nunca esqueço... ‘Olha, eu não sei se ele tem demanda de cuidado, mas nós temos demanda de atendimento’ (risos). Ou seja, a equipe existe para fazer algo e não sei se a pessoa que tá querendo tá precisando desse algo. Enfim, e negociar isso e às vezes até suportar o nada fazer... é uma política pública para de alguma maneira dá algum tipo de resposta, fazer algo e não raro... eu particularmente vivi situações... ofertar relação, ofertar proximidade é lido como um nada, mas naquela existência tá longe de ser um nada, quer dizer ela tem uma invisibilidade do ponto de vista ... só o vínculo, às vezes você é o único vínculo daquela pessoa que rompe um certo padrão de relações.... (Pesquisador Sul 1).

Talvez a gente tenha que ter a condição de assumir que a autonomia do indivíduo com relação ao cuidado da própria saúde vai prevalecer, a gente queira ou não né. Toda vez que a gente não aceita bem isso, eu acho que a gente ou comete um certo autoritarismo nas relações de cuidado, que é ruim, quebra vínculo né ... E eu percebo que o profissional da saúde lida muito mal com as quebras de contrato. Sobretudo na saúde mental, ... eu acho que a gente consegue fazer alguns combinados com a população de rua que às vezes eles são muito efêmeros. Eles funcionam hoje, funcionam amanhã, daqui a pouco quebrou né, mudou. E acho que a equipe desiste de alguns casos porque ele dá mal com essas rupturas de contrato... (Pesquisador Sudeste 4).

Vale ressaltar neste item que os próprios pesquisadores indicaram que, na avaliação dos mesmos, é a eCR que estabelece a relação que quer ter com as tensões inerentes a este trabalho. Assim, retoma-se à questão de formas de organização do processo de trabalho que possibilitem que as pressões e tensões sejam discutidas e trabalhadas coletivamente.

A existência de fluxos e processos de trabalho instituídos para a eCR foi outra noção de resolutividade, indicada pelos pesquisadores. Ao estabelecer as três grandes funções para a APS, Mendes (2002) observa que uma delas é a organização e nesta a APS está como organizadora privilegiada dos fluxos e dos contrafluxos dos usuários pelo sistema de saúde. Araújo (2019) relaciona a ampliação da resolutividade da eCR à compreensão da equipe como integrante de uma rede de serviços, interferindo na construção de desenhos dos fluxos entre os serviços da rede para a PSR (ARAÚJO, 2019; CARDOSO et al., 2018). Nas entrevistas com os pesquisadores isto foi abordado de modo a reafirmar a necessidade da construção e da

institucionalização de processos e fluxos específicos para o acesso e o atendimento da PSR na rede, partindo do pressuposto que a relação com os diferentes atores da rede é sempre carregada de valores arraigados nas pessoas e nas instituições. Neste sentido, para os entrevistados, esta é uma “intervenção na cultura”.

Olha, assim, quando a gente consegue estabelecer um fluxo, um novo fluxo, pactuar um novo fluxo de acesso, de procedimento específico para a população, quando isso de alguma maneira ganha uma certa, vira uma funcionalidade, é uma referência importante... não é menos importante quando tu consegue sensibilizar um colega...mas quando se consegue institucionalizar os processos é melhor. (Pesquisador Sul 1).

Eu trazendo esses elementos eu to me dando conta de que a gente tá falando de uma intervenção na cultura, né?! Para tencionar valores, entende?! Valores que se comunicam com a questão dos direitos humanos, com a ideia de equidade. (Pesquisador Sul 1).

Na noção de resolutividade acima, os pesquisadores destacam a monta (tipo de empreendimento, como a instituição de fluxos específicos para a PSR na rede), e a dimensão de intervenção cultural, que parece estabelecer uma relação interessante para designar o quanto este trabalho pode ser valioso e pesado ao mesmo tempo.

Os trabalhadores também indicaram como relevantes ao tema da resolutividade a implicação com o registro, a análise e o planejamento em saúde, a partir do uso do e-SUS AB. A questão da resolutividade traz implicações em relação ao compartilhamento da responsabilidade do acompanhamento e da avaliação sistemática dos resultados entre todos envolvidos no processo de planejamento (gestores, equipes e trabalhadores) (BRASIL, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009). O fomento à cultura informacional e ao uso das ferramentas disponíveis (no caso da AB, o e-SUS AB) para gerar informações é central como forma de garantir maior resolutividade (FELISBERTO, 2004; OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2009; MACHADO, 2017b). Os documentos e manuais oficiais da eCR também reforçam a questão da alimentação dos sistemas de informação, em especial para orientar a coordenação do cuidado (BRASIL, 2012a; SÃO PAULO, 2016). Outros autores orientam que para que a eCR possa ser mais resolutiva é fundamental analisar a situação de saúde da PSR local, para orientar as ofertas da equipe, sendo os sistemas de informação elementares (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018).

Entre os entrevistados, o prontuário eletrônico da AB, o e-SUS AB, é uma ferramenta importante para as estratégias de monitoramento, ponto a ser qualificado no processo de trabalho das equipes.

Tem o e-sus que a gente está preenchendo por tudo isso, acho que o e-sus trouxe uma importância grande pra gente... a prevalência do HIV da PSR... Por quê que a prevalência né, com tudo isso a gente descobriu por uma equipe, que 68% dos

pacientes daquela equipe não tem nenhum agravo de saúde. Eu falei: ‘Nossa, mas como assim?’. (Trabalhadora Sudeste 1).

O item acima reitera a importância do tema do monitoramento e da avaliação e do uso do e-SUS AB para alimentar este processo, ao mesmo tempo em que indica que a ferramenta prontuário eletrônico necessita da interação com os trabalhadores, para que a informação de qualidade (detalhada) seja inserida, alertando para certo fetiche que a tecnologia pode operar, desimplicando o trabalhador com o processo como um todo.

Os gestores apontaram como uma noção de resolutividade a de atuar na lógica da interprofissionalidade e da colaboração entre as categorias profissionais. Como verificado em outros itens, os documentos oficiais que regulamentam a eCR ressaltam a importância do trabalho interprofissional e colaborativo. Na literatura específica sobre as eCR, o trabalho colaborativo também é destaque quanto à sua relação com a qualificação da eCR e da rede e à perspectiva de ampliação da resolutividade, além de propiciar segurança e confiança para a realização das atividades nas ruas (LIMA, 2015; SIMÕES et al., 2017; ENGSTROM et al., 2020). A construção de aprendizado comum, o compartilhamento dos conhecimentos e dos “pesos”, as dificuldades do trabalho e a produção de cumplicidade entre a equipe foram alguns dos aspectos que os entrevistados trouxeram sobre o trabalho compartilhado.

Primeiro na equipe a questão do relacionamento interpessoal da equipe... a equipe saber trabalhar em equipe mesmo, é ter condições de aprender juntas... (Gestora Norte 1).

[...] primeiro ter uma equipe que tenha um processo de trabalho compartilhado, um processo de trabalho com cumplicidade... porque o trabalho da eCR ele é muito pesado, então se a equipe não tem uma união, se a equipe não tem um compartilhamento... das ações, das atividades e até das dificuldades inclusive [...]. (Gestor Centro-Oeste 1).

[...] tentando avaliar até que ponto esses profissionais de saúde conseguiram ser profissionais dinâmicos né... dispostos a um fazer colaborativo, sabe?! De uma formação tá colaborando com a outra. (Gestora Nordeste 1).

Na noção de resolutividade e sua relação com o trabalho colaborativo, os gestores entrevistados destacaram sobretudo os efeitos das estratégias de trabalho compartilhado e colaborativo nos profissionais da equipe, deixando, ao menos nestas falas, a dimensão clínica de fora.

Construir o conhecimento sobre o trabalho pela via da pesquisa (em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa) foi uma noção de resolutividade para a eCR abordada pelos gestores. Campos (2018) reforça a importância da relação sistemática com estudantes e Instituições de Ensino e Pesquisa como estratégia de ampliação da resolutividade da eCR. Entre os entrevistados, esta noção emergiu por dois vieses. O primeiro corrobora as indicações da literatura, no sentido de reforçar o estágio como elemento importante para que

as eCR se conectem com a dinâmica acadêmica dos estudos; o segundo, foi o da necessidade de que sejam propostas pesquisas envolvendo a PSR, censos, no sentido de construir políticas públicas baseadas em evidências, mas sobretudo no sentido de produzir visibilidade para a PSR.

Não deixe de estudar o tempo todo [eCR] e os estágios ajudam. (Gestora Sudeste 1).

Acho que ela [eCR] vem pra poder produzir pesquisa que eu acho que a gente produz muito pouco. (Gestora Sudeste 1).

São invisíveis mesmo! São invisíveis para os censos e pros estudos de base mais populacional. E aí sem informação você não tem políticas públicas baseadas em evidências? (Pesquisadora Sudeste 5).

[...] eu acho que tem sido fundamental sobre todo esse momento político atual que é são pesquisas que consiga dialogar mais com a população, com a sociedade, de uma forma geral, mas talvez sejam as formas de divulgação da pesquisa, precisa cair a nossa ficha de que artigo científico só lê pós graduando, e no embalo às vezes. (Pesquisador Sudeste 4).

Cabe, nesta noção de resolutividade, jogar luz à questão da invisibilidade da PSR, aqui retomando o fato de que as informações nacionais quanto ao número de PSR são de 2007/2008.

Os gestores levantaram como uma noção de resolutividade para as eCR observar as situações de violência urbana e seus efeitos na atenção à saúde da PSR. Em recente revisão de literatura sobre a relação entre a violência e a AB, Mendonça et al (2020) afirmam que existe um consenso que as diversas manifestações da violência influenciam no processo saúde-adoecimento, o que têm exigido novas formas de abordar a questão nos serviços de saúde, assim como têm demandado que os processos de trabalho das equipes e da rede sejam readequados.

A revisão realizada sobre o tema da violência e seus efeitos na AB (MENDONÇA et al., 2020) alerta que, na perspectiva da saúde, o fenômeno da violência ainda tem sido compreendido a partir de conceitos racionalizadores e biologizantes. Essa perspectiva reduz a magnitude e complexidade do problema, o que interfere diretamente nas práticas em saúde para enfrentar a questão. A autora indica que focar nos processos de trabalho é uma possibilidade para tentar garantir a integralidade do cuidado e a intersetorialidade nas ações, possibilitando a construção de uma rede de atenção para a violência, envolvendo diversas políticas públicas, tendo em vista a complexidade da violência como um fenômeno social (MENDONÇA et al., 2020).

Os gestores entrevistados revelaram que o fenômeno da violência urbana, sobretudo nas grandes cidades, é um elemento que tem reverberado no processo de trabalho das eCR, sobretudo em territórios onde a equipe não estabeleceu um vínculo com a comunidade local

(da rua, domiciliada e do comércio local). Múltiplas violências, como a violência armada do tráfico de drogas nas disputas por pontos de venda, as violências de estado (policiais e outros agentes públicos) e as violências da comunidade local, no intuito de evitar que suas comunidades se tornem espaços de concentração da PSR, podem, na avaliação dos gestores entrevistados, encontrar meios mais articulados de interação, a partir de equipes melhor preparadas para compreender a questão e se articular com outras políticas públicas, agindo de forma mais resolutiva.

A violência tem que sido um limite. Nós tivemos já equipes onde nós temos que afastá-las [as eCR] durante um tempo porque elas foram agredidas né, e foi exatamente porque elas estavam em um espaço onde elas não tinham tanta familiaridade, onde as pessoas que lá ao redor não as conhecia... Normalmente nós não vamos ter essa violência do usuário, difícil, mas de pessoas ao redor. (Gestora Norte 1).

O fenômeno da violência nos grandes centros e seus efeitos na dinâmica das ruas, como indica a literatura e os entrevistados, merece receber atenção e análise das eCR, pois pode ser naturalizado pelos trabalhadores.

Os trabalhadores ainda trouxeram como uma noção de resolutividade para as eCR a atuação na perspectiva dos “Pequenos Futuros”. Como discutido em outros itens deste trabalho, as questões da longitudinalidade, das diferentes temporalidades que operam no dia a dia das eCR e a ansiedade das equipes em lidar com as duas questões anteriores foram pontos que perpassaram as entrevistas em diferentes momentos e em várias perspectivas. Neste ponto, os trabalhadores entrevistados ressaltaram que é característica de uma eCR mais resolutiva a organização de uma clínica que possibilite a construção de “pequenos futuros” – horizontes tangíveis, baseados na escuta atenta dos usuários e na relação com o território, projetos de parceria simples e palpáveis para todos (usuários e equipe), que permitam que a relação de confiança aumente e que a adesão às propostas de cuidado possam estar conectadas a diferentes dimensões da vida dos usuários (esporte, cultura, educação, trabalho e outras).

[...] coisas acontecem quando se colocava um pequeno futuro né... a gente insere né, uma lógica de pequenos futuros pra ele conseguir planejar a vida para além do momento atual né. Sabe aquela história... da ansiedade, que o usuário vive o momento atual ... Aí você vira de uma outra forma ... você consegue rever coisas com esse usuário, pensar futuros. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

É um usuário que estava na rua, ... ele corria de costas na BR e todos com medo dele ser atropelado. Então a eCR chegou perto do usuário... aí esse usuário foi pra casa, voltou pra rua, é uma família tem que muita gente com transtorno mental ... foi pra casa, voltou pra rua, foi pra casa, voltou pra rua. Domingo, semana retrasada, a gente correu com ele, uma corrida de rua... eu fiz a inscrição dele... Duzentas pessoas, todo mundo uniformizado. Com medalha no final. A gente [eCR] não foi lá na semana do natal e da semana do ano novo. Quando a gente voltou lá, para buscá-lo para a corrida, ele falou? Achei que você tinha desistido de mim. Nunca teve essa fala afetiva com a gente. Ele tocou em alguma coisa que eu acho que vai ser o

processo de cuidado dele agora. Agora ele tá em casa né. A família tá ajudando e tal. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] e você passa batido. É a mesma coisa que a gente ouvir que o cara é um advogado, passa batido. Fica naquele: ‘Nossa, aquele cara era músico’, ‘nossa, aquele cara era advogado’. E fica naquela lamentação. Pro outro que tem desejo pra música, opa ta ae! Bora montar um grupo... vou sentar com esse usuário pra fazer. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

Na perspectiva dos “pequenos futuros”, as demais propostas da eCR podem encontrar um terreno mais fértil, já que alguns avanços objetivos possam ser experimentados pela PSR.

E aí a equipe vai pensar em uma dinâmica com a medicação... o médico prescreve a medicação pros três meses. E aí ele [usuário] vai meio que pegando essa medicação... nesse tempo dá pra tentar fazer mudanças né, de hábitos e etc.. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

A resolutividade atrelada aos “pequenos futuros” pode ser uma estratégia interessante para enfrentar as dificuldades que a PSR encontra para projetar e planejar uma relação com o tempo, e que a eCR tem para lidar com este fenômeno.

Outra noção de resolutividade para as eCR destacada pelos trabalhadores foi a de analisar a distribuição dos trabalhadores da eCR nos territórios, a partir das demandas e das necessidades da PSR. A importância da equipe e do trabalho em equipe, de organizar o processo de trabalho a partir de práticas colaborativas, com troca de experiências entre os membros da equipe, para a resolutividade da AB é conhecida (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; MAGALHÃES, 2018; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018). Esta proposta de noção de resolutividade versa sobre a questão de a equipe trabalhar numa dinâmica que permita que diferentes ações possam ser contempladas ao mesmo tempo, em diferentes locais, sem que a equipe precise estar a todo o momento junta, nos mesmos lugares, podendo ampliar seu escopo de ações simultâneas, atendendo e acompanhando mais pessoas.

[...] a dinâmica tem de ser de equipe, mas as ações não devem ser feitas como se a equipe fosse um corpo único. Hoje aqui, tudo que a gente faz, vai todo mundo ... A condição de organizar pra que a gente consiga fazer ações simultâneas. É... a mesma ação simultânea pro mesmo usuário né. Então alguém que fez uma continuação em algum lugar, e o usuário ser atendido em outro lugar. Ou seja, a possibilidade de fazer ações simultâneas, em função da dinâmica da equipe. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] não necessariamente essa imagem de todos juntos ao mesmo tempo também é o ideal, a equipe não precisa andar sempre junta [...]. (Trabalhador Norte 1).

Que aí quando a gente vai todo mundo junto a gente vai pro território e a gente consegue simultaneamente avaliar todo mundo. Mas que não precisa. Dá pra ser dois fazendo isso. Demora mais? Em vez de meia hora e demorar quarenta e cinco minutos, beleza! Mas dá pra fazer. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

A noção de resolutividade acima emerge também como um modo de propor uma estratégia de trabalho que possa ser uma alternativa mais resolutiva, na opinião dos

entrevistados no relato de várias experiências, nas quais a eCR faz todas as suas atividades com todos os trabalhadores juntos.

Os trabalhadores mencionaram que evitar mudanças na gestão que impliquem modificações no corpo técnico, nas agendas e/ou questões na infraestrutura das eCR é outra característica de uma equipe resolutiva. As mudanças de gestão, de acordo com eles, podem prejudicar o trabalho da eCR, devido à necessidade de garantia do suporte institucional para a equipe, mas também porque as mudanças de gestão podem significar a indicação de profissionais pouco preparados e qualificados substituindo outros já com acúmulo, favorecendo também a descontinuidade das ações.

[...] prefeito novo, isso prejudica muito, e quem indique, por exemplo, vamos tirar um profissional bom, que já tiraram profissional para colocar profissional que não é capacitado, porque é ordem de prefeitura... entrava [o trabalhador da eCR] a pessoa na comunidade, queria saber quem era o traficante, queria saber quem era isso, quem era aquilo, eu acho que ele ia fazer mais tipo uma entrevista, ignorar a pessoa, por exemplo 'menino que cabelo é esse? Que cabelo horroroso', dizendo isso para o usuário. (Trabalhadora Nordeste 1).

Mas o respaldo (da gestão), o respaldo é no miudinho ali [para a eCR]... (Trabalhadora Sul 2).

A UBS pode tirar todos os profissionais lá de dentro que ainda continua sendo uma UBS... A eCR não é não, tira todo mundo que tava e não é mais uma eCR, vai ter que reconstruir. Então perder membros da equipe é algo que é muito valioso... tem aprendizado, tem cruzamento, tem a confiança, tem a expertise do cara lá de estar trabalhando com essa população. (Trabalhadora Sul 2).

Esta noção de resolutividade elucidada pelos trabalhadores certamente esbarra nos limites de governabilidade da própria eCR, sendo apontada aqui no contexto da gestão local da equipe.

#### 4.3.1.3 Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação das eCR na perspectiva dos entrevistados

A Ilustração 24 apresenta as noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação do Consultório na Rua na perspectiva dos entrevistados. Inicialmente, serão analisadas as noções enunciadas por mais de um grupo de entrevistados e, na sequência, as noções mencionadas de modo singular, por grupo.

Ilustração 24 – Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR na perspectiva dos entrevistados. (Continua).

	<b>PESQUISADORES</b>	<b>GESTORES</b>	<b>TRABALHADORES</b>	<b>USUÁRIO</b>
Critérios de monitoramento e avaliação para a eCR	Nº de pessoas cadastradas	Nº de pessoas cadastradas	Nº de pessoas cadastradas	Nº de pessoas cadastradas
	Nº de pessoas em tratamento/acompanhadas	Nº de pessoas em tratamento/acompanhadas	Nº de pessoas acompanhadas	Nº de reuniões da eCR com a PSR
	Nº de testes rápidos realizados	Nº de testes rápidos realizados	Nº de testes rápidos realizados	Critério de avaliação para a adesão dos usuários as ofertas da equipe e da rede
	Nº de encaminhamentos intersetoriais	Critério avaliativo para a adesão dos usuários as ofertas da equipe e da rede	Nº de encaminhamentos e desfechos junto aos especialistas da rede	Nº de reuniões periódicas para a discussão de casos
	Nº de pessoas internadas	Nº de acompanhamentos de pré-natal	Nº de internações sensíveis a AB	Nº de reuniões entre a gestão e a PSR
	Redução do uso de álcool e outras drogas	Carteira de vacinação em dia	Nº de gestantes acompanhadas	Critério de avaliação para a autonomia dos usuários
	Nº de reuniões de equipe, intersetoriais e supervisão	Nº de pessoas em tratamento de tuberculose e nº de alta por cura	Nº de ações de redução de danos	Criar formas de avaliação que incluam a perspectiva do usuário
	Nº testagens rápidas realizadas	Nº de pessoas em tratamento de IST	Nº de consultas por categoria profissional	Critério de avaliação para a ligação das eCR com as histórias de vida dos sujeitos
	Nº de grupos realizados	Diminuição da gravidez na adolescência	Tempo de vida nas ruas	
	Nº de casos compartilhados com a rede	Nº de casos com queixas/relatos de violência	Nº de ações com a participação da gestão in loco (nas ruas ou na UBS)	
	Escolaridade da PSR acompanhada			
	Nº de buscas ativas			

Ilustração 24 - Noções sobre os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR na perspectiva dos entrevistados. (Conclusão).

	<b>PESQUISADORES</b>	<b>GESTORES</b>	<b>TRABALHADORES</b>	<b>USUÁRIO</b>
Critérios de monitoramento e avaliação para a eCR	Nº de pessoas reinseridas no campo do trabalho e renda	Nº de espaços/estratégias de escuta e cuidados aos trabalhadores das eCR.		
	Nº de pessoas que saíram das ruas			
	Nº de novas parcerias/articulações intersetoriais		-	-
	Nº de idas ao território			
	Nº de pessoas que interromperam o uso de drogas			
	Tratamento para sífilis			
	Melhora na frequência e na qualidade da hidratação e alimentação			

Fonte: O autor, 2021.

Anterior às análises das noções de critérios de monitoramento e avaliação propostas, será oportuno expor algumas decisões e escolhas metodológicas para a construção do olhar sobre as práticas avaliativas. Pinheiro e Silva Junior (2008), ao se dedicarem ao estudo das práticas avaliativas da AB, nos alertaram para um dos principais desafios para a pesquisa neste campo: o de observar as práticas avaliativas que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde e entender como estas práticas ocupam o dia a dia dos gestores, dos serviços e das equipes, e como os mesmos se ocupam delas. Pinheiro e Silva Junior (2008) ressaltam ainda que há, no Brasil, um predomínio histórico de práticas avaliativas sem lastro com a sistematização e a articulação com os as gestões locais, tendendo a uma lógica verticalizada de âmbito federal. Com isso, diferentes contextos locais em um país de dimensão continental são desconsiderados (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Ainda seguindo as pistas deixadas por Pinheiro e Junior (2008), cabe considerar que a avaliação tende a agregar valor se as informações forem apropriadas socialmente, consideração que interage com as dificuldades das equipes de saúde locais de se apropriar dos processos avaliativos. Os autores propõem que possam ser apontados outros caminhos para a construção de práticas avaliativas socialmente interessantes e mais efetivas (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Neste sentido, em que pese haja um vasto campo de discussão e produção sobre os indicadores de saúde e sua construção, há dificuldade na construção dos indicadores nos campos da saúde que considerem as múltiplas condições de vulnerabilização, além das questões subjetivas que atravessam o cuidado, como acontece com a PSR e as eCR. Onocko-Campos e colaboradores (2017), ao tratarem a questão da criação de indicadores para a avaliação de serviços da RAPS, explanam sobre a necessidade de que haja esforços para tornar mais permeáveis os processos de objetivação e os diferentes e complexos componentes que atravessam, informam e influenciam os processos de saúde-doença e as práticas de cuidado (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017; KANTORSKI, 2009; KANTORSKI et al., 2011). Nesta direção, diversos autores propõem a possibilidade de que os processos de monitoramento e avaliação possam ser pesquisados por critérios avaliativos, parâmetros e marcadores (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008; KANTORSKI, 2009; KANTORSKI et al., 2011; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Assim, parece adequado adotar neste estudo a perspectiva de analisar os critérios avaliativos enunciados pelos entrevistados. Tais critérios orientam o que os entrevistados compreendem por boas práticas e podem guiar os processos de monitoramento e avaliação dos processos de trabalho dos Consultórios na Rua.

Considerando que serão analisados os critérios de monitoramento e avaliação das eCR na perspectiva de equipes de AB, convém expor as duas últimas propostas de programas de monitoramento e avaliação de âmbito nacional e suas propostas de indicadores, como forma de estabelecer alguns parâmetros para as análises, além das referenciais teóricos com os quais este trabalho vem interagindo. Não se pretende aqui descrever os programas detalhadamente, mas tão somente mencioná-los, assim como os indicadores, para discussão das proximidades e dos distanciamentos entre os critérios que emergem das falas dos entrevistados como critérios de monitoramento e avaliação para as eCR e o que está colocado como parâmetro para as demais equipes de AB.

O monitoramento e a avaliação da AB, em âmbito nacional, tomam vulto em 2011 com a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) (BRASIL, 2011). O Programa tinha o propósito de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, tomando como base a PNAB naquele momento. O PMAQ AB propôs um conjunto de padrões de qualidade esperados para a AB no contexto brasileiro. O processo de implementação do Programa acontecia em etapas que contemplam a adesão e contratualização, o desenvolvimento, a avaliação externa e a recontratualização (BRASIL, 2012f; 2013g).

O Programa aconteceu entre os anos de 2011 e 2019 e nesse período aconteceram três ciclos nacionais, com a adesão de mais de 95% das equipes da AB (SANTOS, 2016). O Programa contemplava dimensões de autoavaliação das equipes de AB e de avaliação externa, realizada através de um instrumento que continha cinco dimensões:

- a) Gestão Municipal para o Desenvolvimento da AB (ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe, apoio institucional e apoio matricial para as equipes de AB);
- b) Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (funcionamento da unidade de saúde, características estruturais, ambiência e sinalização da UBS, equipamentos, materiais, insumos e impressos na UBS, informatização e conectividade, medicamentos componentes da farmácia básica, imunobiológicos na UBS, testes rápidos na UBS);
- c) Valorização do Trabalhador (qualificação dos profissionais da equipe de AB, educação permanente e telessaúde, garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo, plano de carreira remuneração por desempenho);
- d) Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (população de referência da equipe de AB, planejamento das ações da equipe de AB, organização da agenda e oferta de ações da equipe de AB, organização dos prontuários na UBS, rede de atenção à saúde acolhimento à demanda espontânea, saúde da mulher e da criança, condições crônicas - hipertensão, diabetes, obesidade, tuberculose e hanseníase -, saúde mental, visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio, promoção da saúde, participação do usuário e controle social, população rural, assentados, quilombolas e indígenas, programa saúde na escola práticas integrativas e complementares);

- e) Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (acesso e marcação de consulta na UBS, atenção integral à saúde, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, acolhimento à demanda espontânea, saúde da mulher e da criança, condições crônicas - hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus -, satisfação e participação do usuário) (BRASIL, 2015d).

O PMAQ AB, em seu terceiro e último ciclo (2015/2018), propôs um conjunto de indicadores para o monitoramento para as equipes de AB, eSB e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Os cinco grupos de indicadores são:

- a) O grupo dos indicadores de desempenho para o acesso e continuidade do cuidado: média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea; percentual de atendimentos de consulta agendada; índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; razão de coleta de material citopatológico do colo do útero; cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- b) O grupo dos indicadores de desempenho para a coordenação do cuidado: média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida resolutividade;
- c) O grupo dos indicadores de desempenho para o percentual de encaminhamentos para serviço especializado: razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas;
- d) O grupo dos indicadores de desempenho para a abrangência da oferta de serviços: percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica; percentual de serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal;
- e) O grupo dos indicadores de desempenho para o NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família): média de atendimentos individuais realizados por profissional do NASF; média de atendimentos domiciliares realizados por profissional do NASF; média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF; média de atendimentos em grupo realizados por profissional do NASF (BRASIL, 2015d).

Após o fim do PMAQ AB, a Secretaria de Atenção Primária, do Ministério da Saúde, lançou o Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019), propondo um novo conjunto de ações estratégicas e outros indicadores para o monitoramento e avaliação da AB (BRASIL, 2019c). O conjunto de indicadores é destinado a avaliar o desempenho das eSF e equipes de Atenção Primária para o ano de 2020, abrangendo as ações tidas como estratégicas nos campos da Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Os indicadores são (BRASIL, 2019c):

- a) Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
- b) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- c) Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico;
- d) Cobertura de exame citopatológico;
- e) Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- f) Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- g) Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Os Consultórios na Rua não estavam entre as equipes avaliadas em nenhum dos ciclos do PMAQ AB e também não estão incluídas no Previne Brasil.

Seguindo a trilha da discussão dos parâmetros de avaliação das equipes da AB para introduzir as análises sobre as diversas noções de critérios de monitoramento e avaliação para a eCR, cabe ressaltar duas questões gerais presentes nas falas dos entrevistados: que os critérios de monitoramento e avaliação das eCR sejam os mesmos usados para as demais da AB; e que fossem construídas estratégias para dar “valor de uso” ao e-SUS e ao processo de monitoramento e avaliação.

Sobre a primeira questão, mais geral, foi visto que a necessidade de dar às eCR um lugar de fato e de direito na AB já foi discutida largamente neste trabalho por diferentes vieses. No presente estudo, os entrevistados resgatam esta questão pela via dos critérios de monitoramento e avaliação, posto que diferentes dimensões que transpassam a organização do processo de trabalho (uma relação de paridade com as demais equipes de AB, um diálogo mais orgânico com as gestões, uma inserção nas agendas políticas do território, entre outras) retomam a aproximação entre os critérios de monitoramento e avaliação da eCR com os da AB como um todo, um ponto central desta discussão.

Os entrevistados reforçaram a necessidade de colocar o monitoramento e a avaliação como uma agenda habitual das eCR, parte integrante do processo de trabalho das equipes. Com isso, constroem-se elementos que possam informar os processos de gestão, dando visibilidade na agenda da equipe às demandas e necessidades de saúde da PSR, deixando claro que são equipes com processos de trabalho com singularidades, mas tendo como parâmetro os parâmetros da AB.

Por que os indicadores da APS não cabem à eCR?... Gestor principalmente quer saber quantas grávidas vocês acompanham mensalmente? Consultório não faz esse controle. Eles começam a falar assim: ‘Ah! Eu acompanho a Mariana, a Ciclana, Beltrana’. Entendeu? Uai! E essa coisa de ‘Ah! A APS é diferente’. Diferente em que sentido?... E aonde é que a gente está se apoiando? A gente tá apoiado na questão relacional... Fica contando ‘causos’. ‘Não, mas eu acompanho a Mariana porque...’. Não! Isso é fantástico, isso é lindo, incrível! Mas... institucionalmente não se sustenta. (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

Eu acho que não dá para sair do que a gente tem enquanto APS... o olhar para o monitoramento precisaria tá olhando para aquilo que realmente é um uma demanda da maioria e perceber como é que a gente tá construindo respostas [...]. (Pesquisadora Sudeste 1).

[...] eu acho que os indicadores devem dialogar com indicadores da Saúde da Família, alguns básicos. Até que a gente mostre que a eCR é uma equipe de atenção primária... (Pesquisadora Sudeste 5).

[...] é uma equipe que deve perseguir os indicadores da AB. Ela deve perseguir isso... (Gestora Sudeste 1).

[...] a gente vem discutindo isso muito na AB sobre o número de atendimentos da eCR, mostrando que não pode ser o mesmo número de atendimentos, mas o parâmetro da eCR é a AB. (Trabalhadora Sudeste 1).

Novamente, a ideia de que critérios de monitoramento e avaliação propiciem uma linguagem comum a todos os trabalhadores indica uma tentativa de evitar que a singularidade assuma um papel exagerado no processo de trabalho da eCR, criando a possibilidade que o dia a dia da eCR seja soterrada por “causos” que não conseguem se aproximar das demais equipes da AB.

Sobre a segunda questão mais geral, foi visto que diversos autores atestam a necessidade de garantirmos a centralidade dos processos de monitoramento e avaliação no campo da saúde, considerando os múltiplos desafios que os sistemas universais enfrentam, em especial no caso das eCR, para viabilizar o acesso de modo equânime e resolutivo (SANTOS, 2016; CHAMPAGNE et al., 2011). Engstrom e colaboradores (2020) também advertem sobre a dificuldade das eCR gerarem informações, o que invisibiliza este grupo populacional. Sem informações elementares sobre a PSR assistida, fica impossibilitado qualquer processo avaliativo, o que fragiliza as equipes junto à gestão (ENGSTROM et al., 2020).

Ainda sobre o cenário do monitoramento e da avaliação em saúde, existe um consenso sobre a coleta e o acompanhamento sistemático de informações (monitoramento), informações que possibilitam a construção de um juízo de valor sobre dada intervenção (avaliação), com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão da gestão (PATTON, 1997; SILVA, 2005; HARTZ, 2008; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2012; SOUSA, 2018). Neste contexto, a garantia da alimentação dos sistemas de informação torna-se central também para os Consultórios na Rua.

Entre os entrevistados, a questão de construir “valor de uso” para o e-SUS e para o processo de monitoramento e avaliação emergiu conectada ao afastamento que o registro das ações realizadas tem no processo de trabalho da eCR, fazendo crer que é algo que informa a gestão e não as equipes. Também foi ressaltada a questão sobre a qualidade das informações registradas, como já problematizado por este trabalho em alguns itens sobre a possibilidade de subnotificação de alguns agravos, atividades, procedimentos e etc. Além disso, foi destacado o papel do prontuário eletrônico para estruturar as práticas avaliativas das eCR.

[...] Valor de uso, é... Porque na verdade esses indicadores como a gente lidava no pop rua, eles tinham valor de uso, só que o valor de uso não era a serviço do trabalho, o essencial do trabalho que é o cuidado da galera, ele tava a serviço de/tinha um valor de uso pro gestor lá... (Pesquisador Sul 2).

Tudo isso pode estar relacionado à você conseguir mensalmente ter um bom registro de informação no e-SUS relacionado a eCR, pode ser um bom indicador de gestão, [...]. (Pesquisador Sudeste 2).

Eu acho que apostando mesmo nos registros (no e-SUS). Nos registros de qualidade, das pessoas entenderem e terem tempo pra dizer: ‘Olha, estou no meu período... isso é trabalho, isso é qualidade’. Sabe? Porque melhora significativamente... (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

[...] esse monitoramento e avaliação ele teria que vir a partir dos prontuários, das supervisões, dos casos que são trazidos, de casos específicos... Monitorar e avaliar o que? O que a gente monitora? ... esse trabalho só pode ser monitorado e avaliado se existe prontuário, se existe supervisão, se existe um controle, se existe essa questão do número de atendimento esperado, se existe essa questão do território delimitado. (Pesquisador Centro-Oeste 2).

As falas supraditas colocam a aproximação entre a gestão e a equipe como uma possibilidade de discussão, ressaltando o protagonismo que a gestão local da AB pode ter na construção de práticas avaliativas que sejam mais inclusivas. Além disso, tais práticas podem ter um caráter formativo e emancipatório, como são as avaliações de quarta e quinta geração, visitadas neste estudo.

Os pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários disseram que o número de pessoas cadastradas poderia ser um critério de monitoramento e avaliação para as eCR. Os documentos oficiais que orientam a organização e as práticas das eCR e a literatura específica sobre estas equipes também reforçam a necessidade da eCR realizar o cadastramento sistemático da PSR. Com isto, esta ação ganha destaque na organização do processo de trabalho da equipe, ponto inicial de todas as demais decisões organizativas e dos processos de monitoramento e avaliação da eCR (BRASIL, 2012a; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; SÃO PAULO, 2016; TEIXEIRA, 2016; VARGAS; MACERATA, 2018; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020; GRANJA; LIMA, 2020).

Além disso, o cadastramento é mencionado na perspectiva de construir visibilidade para a PSR, podendo proporcionar um retrato epidemiológico da mesma e do território (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; VARGAS; MACERATA, 2018; PAULA et al., 2018; ENGSTROM et al., 2020; GRANJA; LIMA, 2020). Essa foi uma das perspectivas que os entrevistados apontaram, reforçando que, com este retrato, os envolvidos (equipe, movimentos sociais, demais políticas públicas) podem, inclusive, dar visibilidade e legitimar o trabalho da própria eCR.

Primeiro a população que é cadastrada, né?... Quando na gestão passada o prefeito falou: ‘Não, mas C. (a cidade) tem 1600 pessoas nas ruas e o consultório?’ Opa, calma aí! Só ‘nois’ cadastramos 3.000 pessoas diferentes na época, né?... Com os nomes, os dados, a gente vai lá (na reunião com a gestão local) e tem como cobrar, né? Quantas pessoas atendidas, se falta remédio, quais são os lugares que encaminhou... Essas informações ajudam a legitimar o trabalho?... se um dia um gestor vim falar: ‘Ah, mas a eCR ninguém teve acesso, não funciona’... Não nós tem os dados, a gente acompanha, tem foto, tem tudo. (Usuário Sul 1).

Outra vez é colocada a questão da necessidade de construir legitimidade para a eCR na AB e o cadastramento e seus usos podem ser uma das estratégias nessa construção.

Outra noção de critério de monitoramento e avaliação que emergiu nas entrevistas com os pesquisadores, gestores e trabalhadores foi a do número de pessoas atendidas/acompanhadas pela eCR. O PMAQ AB contemplava entre seu grupo dos indicadores de desempenho para o acesso e a continuidade do cuidado o percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea, o percentual de atendimentos de consulta agendada e o índice de atendimentos por condição de saúde avaliada. Os entrevistados mencionaram a possibilidade de estabelecer um número mínimo de pessoas atendidas por território. Isso garantiria as especificidades de cada local e população, mas estabelece parâmetros mínimos para cada um dos territórios de trabalho da equipe. Outro ponto relacionado ao acompanhamento é o uso do termo para alguém que não é só cadastrado, ou atendido, mas conferindo ao termo acompanhado alguém que mantém uma relação de maior vínculo e continuidade com a eCR.

Quais são os critérios de acompanhamento que cada eCR define para o seu território e quais seriam os critérios gerais?

Número de atendimentos, talvez?... Na verdade, não é um número mínimo, deveria ter um número mínimo de territórios pré-definidos para essa equipe estar. E aí, sim, deveria ter um número mínimo de atendimentos...número de pessoas atendidas por territórios definidos, cada território com suas especificidades. (Pesquisador Centro-Oeste 2).

Número de cadastrados, independente se ele tá acompanhando há quanto tempo. Isso eu acho que tem que ter, até pra você ter uma dimensão do cuidado, né? (Pesquisadora Sudeste 3).

A questão do termo “acompanhamento” no sentido estabelecido acima poderia ser, por exemplo, alguém que tem um vínculo com um ou mais membros da equipe, está cadastrado, foi atendido e tem um plano de acompanhamento em saúde estabelecido. Incluso neste critério, o usuário poderia ser categorizado como acompanhado.

O número de testes rápidos realizados (HIV, sífilis, tuberculoso e gravidez) foi indicado por pesquisadores, gestores e trabalhadores como uma noção importante para monitorar e avaliar a eCR. A importância dos testes rápidos para o trabalho das eCR, por todo o contexto da agilidade já mencionada para uma clínica na perspectiva das ruas, também é ressaltada pela literatura (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; PAULA et al., 2018). O PMAQ AB contemplava, na dimensão de Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS, a disponibilidade de testes rápidos na UBS (BRASIL 2015).

Entre os entrevistados, o monitoramento e a avaliação dos testes rápidos realizados emergem ligados à continuidade do tratamento, com a oportunidade de modos de cuidar mais ágeis, que não desperdicem oportunidades com a PSR. Também se atrelam à complexidade que as testagens podem revelar, como no exemplo dos profissionais do sexo, e, por fim, à experiência de algumas equipes até com a possibilidade do estabelecimento de metas objetivas de testagem da PSR (entre 70% e 100%).

Quantas testagens rápidas foram feitas? Dessas testagens, quantos conseguiram fazer o tratamento até o final? (Trabalhador Sul 1).

Por exemplo, vamos fazer os testes rápidos de sífilis, HIV, tuberculose, na rua pra não perder a oportunidade de cuidado... (Pesquisadora Sudeste 3).

[...] a gente vai fazer os testes rápidos, mas na hora em que eu tiver, por exemplo, que ter uma pessoa, uma mulher, um homem que mantenha uma relação aonde ele vai ganhar mais se manter desprotegido, ele vai fazer desprotegido. Então assim, na verdade não é o fator somente de cuidado com sua própria saúde, são os fatores sociais que vão ter uma influência nisso. (Gestora Norte 1).

Proporção de teste rápido realizados para sífilis, HIV e hepatite C. A meta passou de 70 a 100% ... Previsão de 100 testes rápidos por equipe, por mês. (Trabalhadora Sudeste 1).

Todas as perspectivas presentes na fala dos entrevistados para contextualizar o monitoramento dos testes rápidos realizados apontam para o enfrentamento de uma dificuldade já comentada em outros momentos deste estudo: a necessidade de a equipe ser ágil e resolutiva para sedimentar sua legitimidade junto à PSR e à rede. Cabe lembrar que os testes rápidos de HIV, sífilis e Hepatite C estão entre os procedimentos mais realizados pelas eCR na análise da ficha de procedimento de e-SUS AB das eCR.

Pesquisadores e trabalhadores trouxeram o número de encaminhamentos para especialistas ou intersetoriais como uma noção de critério de monitoramento e avaliação para a eCR. A literatura específica sobre as eCR alerta que o acompanhamento dos encaminhamentos deveria ser mais efetivo, deixando de ser o ato de “dar o papel”, mas também conseguir acompanhar os desfechos dos encaminhamentos pela rede local (serviços de saúde, assistência social, educação, etc.) (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Entre os indicadores de desempenho do PMAQ AB estava o percentual de encaminhamentos para serviço especializado (BRASIL, 2015). Os entrevistados indicaram que a PSR, em geral, tem a necessidade de circular por outros serviços da rede, dado passivo de desassistência histórica, o que torna interessante um critério assim de monitoramento e avaliação.

Eu acho que um indicador de processo importante pode estar relacionado a número de encaminhamentos que a gente realiza para média complexidade... os nossos usuários precisam de muitos encaminhamentos, né? Quando eu tô com baixo número de encaminhamento eu acho que não é porque o nosso usuário não precisa, talvez eu esteja fazendo só o contexto da atenção primária. (Pesquisador Sudeste 2).

Os entrevistados também apontaram, na noção acima, elementos que relacionam os encaminhamentos à avaliação da resolutividade da eCR, ao mesmo tempo que problematizam o baixo número de encaminhamentos, relacionando-o à possibilidade de certa restrição do usuário à AB.

Uma das noções de critério de monitoramento e avaliação elucidada por pesquisadores e gestores foi o número de pessoas em tratamento de tuberculose e o número de altas por cura da tuberculose. Os manuais do Ministério da Saúde e das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro mencionam a prevalência da tuberculose na PSR e a importância da eCR acompanhar estes casos (BRASIL, 2012a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). Diversos autores ressaltaram que a tuberculose seria uma das questões quantitativas que a eCR poderia monitorar no seu processo de trabalho, além de dados epidemiológicos sobre IST (como HIV, sífilis e hepatites virais), consultas pré-natal, doenças de pele, úlceras em membros inferiores, problemas psiquiátricos, o uso abusivo de álcool e de outras drogas práticas, as situações concretas de violência e os recursos culturais da rede local (SANTOS, 2013; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2017; VARGAS; MACERATA, 2018; MACHADO; RABELLO, 2018). No entanto, os entrevistados elucidaram a questão do monitoramento da tuberculose de um modo mais complexo, registrando a necessidade não só do número de pessoas em tratamento, mas incluindo o percentual de cura.

Uma coisa interessantíssima, eu acho que é: número de tratamentos, pessoas em tratamento de tuberculose, entendeu? Independente se tem alta ou não, mas número de pessoas que tão tomando medicação. Essas questões acho que não deve ter números, mas deve ter quantos tem sabe. Dos que tão sendo tratados, por exemplo, percentual de cura. (Pesquisadora Sudeste 3).

Cabe lembrar que, na análise das práticas das eCR realizada no tópico 4.2 deste trabalho, foi verificado que no registro do e-SUS AB das eCR o percentual de casos de tuberculose é baixo (2,7%), diferente do que indica a literatura, reforçando a hipótese de que as eCR podem não estar dando a atenção necessária a este agravo.

Outra noção de critério de monitoramento e avaliação mapeada junto aos pesquisadores e gestores foi a do número de pessoas com IST (mais especificamente HIV e Sífilis) e seu acompanhamento. Como já visto no item anterior, os manuais oficiais e a literatura reiteram o monitoramento das IST como pontos importantes para as eCR. Os entrevistados revelaram, ao tratar do monitoramento e da avaliação das pessoas com IST, a complexidade do acompanhamento no contexto das ruas. O exemplo da profissional do sexo (que pode se expor mais por conta do dinheiro extra que pode receber por uma relação sexual

sem proteção) e o quanto pode impactar na equipe esse acompanhamento demonstram o quão singular é o trabalho desta eCR, assim como confirmam as diferentes dificuldades do processo de monitoramento e avaliação.

Então vou ser assim bem sincera, vamos pensar na questão das DST's, das IST's né, é... A gente vai distribuir preservativo, a gente vai falar sobre a importância, a gente vai fazer os testes rápidos, mas na hora em que eu tiver, por exemplo, uma mulher, um homem que mantenha uma relação aonde ele vai ganhar mais se manter desprotegido, ele vai fazer desprotegido. Então assim, na verdade não é o fator somente de cuidado com sua própria saúde, são os fatores sociais que vão ter uma influência nisso. Então assim a gente não pode ter essa visão só pro lado da saúde, a gente tem que ter uma visão social do que levou à isso, ... a gente pode mensurar com positivo, mas que senão mensurar a gente também não vai poder se crucificar por conta dessa situação que eu tô te falando. Então assim a gente vai ter que trabalhar a cabecinha dessa equipe no sentido de dizer: Olha, o aumento ou a permanência desses números entre vocês, no grupo de vocês, não é só responsabilidade de vocês né, tem uma série de situações por trás aí que estão contribuindo para que a gente não consiga diminuir isso. (Gestora Norte 1).

Também neste item, como no anterior, cabe recordar que na análise das práticas das eCR foi verificado no registro do e-SUS AB das eCR um percentual baixo de casos de IST (2,6%). Novamente este ponto pode indicar que as eCR estariam negligenciando o agravo ou o registro no prontuário eletrônico.

O número de pacientes crônicos (em especial diabéticos e hipertensos) acompanhados pela eCR foi uma das noções de critérios de monitoramento e avaliação indicada pelos pesquisadores e gestores. As doenças crônicas foram apontadas pelos documentos e manuais oficiais para as eCR como um agravo que merece a atenção da equipe (BRASIL, 2012a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). Para o acompanhamento dos pacientes crônicos, o Previne Brasil traz alguns critérios de monitoramento e avaliação na AB, como: o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019c). O PMAQ AB considerava o monitoramento das condições crônicas em duas dimensões da autoavaliação das equipes de AB e da avaliação externa: a dimensão do Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho; e a do Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (BRASIL, 2015).

Os entrevistados relataram o acompanhamento dos crônicos e dos desdobramentos como se os usuários estivessem com dificuldades de acesso aos atendimentos necessários ou complicações do quadro decorrentes das condições crônicas, como a amputação e o pé diabético.

O pessoal que era hipertenso que tava em atendimento ou que tava com dificuldade no atendimento, pessoal com tuberculose, pessoal com transtorno mental que tava sendo atendido no CAPS, que tipo de transtorno... (Gestor Centro-Oeste 1).

Então, quantos hipertensos estão acompanhados, se teve amputação, o pé diabético, então aquelas coisas de hipertenso, diabético, tuberculose e gestante... (Pesquisadora Sudeste 5).

Os dados levantados na análise do e-SUS eCR mostraram que as condições crônicas, assim como a tuberculose e as IST, não estão entre as condições avaliadas mais presentes no dia a dia das equipes. Isso levanta também a possibilidade de não registro no prontuário eletrônico ou um negligenciamento do agravo, por conta de uma atenção exacerbada para as questões AD e as do campo da Saúde Mental.

Pesquisadores, gestores e trabalhadores elucidaram que o número de gestantes e acompanhamento do pré-natal poderia servir ao monitoramento e à avaliação para as eCR. O PMAQ AB e o Previne Brasil têm critérios de monitoramento e avaliação que contemplam ações do campo da saúde da mulher, entre elas: média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida (BRASIL, 2015); proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até à 20ª semana de gestação; e proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (BRASIL, 2019c). Além desses, no campo de saúde da mulher, que apresentou um aumento significativo da população feminina em situação de rua, como visto na análise da ficha de cadastramento do e-SUS AB das eCR, o PMAQ AB e o Previne Brasil apresentam outros critérios de monitoramento e avaliação para a AB: a razão de coleta de material citopatológico do colo do útero (BRASIL, 2015); a proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico; e a cobertura de exame citopatológico (BRASIL, 2019c).

Também já foi analisado que a literatura específica das eCR aponta as consultas de pré-natal como possibilidade de monitoramento e avaliação (SANTOS, 2013; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2017; VARGAS; MACERATA, 2018; MACHADO; RABELLO, 2018). Os entrevistados ressaltaram os desfechos do acompanhamento do pré-natal como pontos a serem monitorados, mas apontaram também a possibilidade de metas concretas e objetivas para o monitoramento (no caso de 80% à 100% das gestantes do território da eCR acompanhadas).

[...] quantas consultas de pré-natal, quantas gestantes tão acompanhadas, consultas, algumas situações em relação aos desfechos. (Pesquisadora Sudeste 5).

[...] aqui temos os indicadores... Proporção de gestante acompanhadas pelas equipes, médicos e enfermeiros, a meta é de 80 a 100% [...]. (Trabalhadora Sudeste 1).

Os mesmos comentários em relação às análises realizadas com as condições avaliadas no e-SUS AB para a tuberculose, as IST e as condições crônicas cabem aqui para os elementos da Saúde da Mulher.

O número de pessoas internadas e de internações sensíveis à APS foi uma das noções de critérios de monitoramento e avaliação para as eCR apontada por pesquisadores e trabalhadores. A literatura nos informa que um dos indicadores indiretos de acesso oportuno e efetivo é a análise das hospitalizações por causas sensíveis à AB (NEDEL et al., 2008; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2010; MACHADO, 2017b). Os entrevistados mencionaram que interessa tanto o número absoluto de internações quanto os agravos que resultaram nas internações, na perspectiva de avaliar quais seriam evitáveis, tendo em vista as possibilidades de atenção e cuidado na AB (causas sensíveis à AB).

[...] quais os agravos que levaram à internação [...]. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] quantos pessoas a gente internou, [...]. (Pesquisador Sul 1).

A menção dos pesquisadores e trabalhadores sobre as internações também implica em outro tema: a regulação de vagas para esta população (sobretudo por conta das dificuldades em relação à falta de documentação). Também implica no processo de desospitalização, pois muitas vezes as pessoas desinternam, retornando para as ruas. Nestes casos, será sempre importante que a eCR mantenha alguma inserção e controle nesses processos.

Outra noção de critério de monitoramento e avaliação para a eCR, na opinião de pesquisadores e trabalhadores, foi a do número de ações de RD e a redução do uso de álcool e outras drogas.

A PNAB e vários outros documentos oficiais reforçam o lugar privilegiado da RD enquanto ética do cuidado e na organização do processo de trabalho da eCR (BRASIL, 2012a; 2017a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016). A literatura específica das eCR mostrou que os problemas psiquiátricos e o uso abusivo de álcool e de outras drogas podem ser monitorados (SANTOS, 2013; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2017; VARGAS; MACERATA, 2018; MACHADO; RABELLO, 2018). A literatura específica também é vasta, como já visto em outros trechos deste trabalho, em revelar o valor da RD para estas equipes. Neste sentido, é coerente que as estratégias de RD apareçam no contexto dos critérios de monitoramento e avaliação.

Entretanto, os entrevistados elucidaram outra questão sobre a RD ser importante no contexto do monitoramento e da avaliação, de modo definir o que é a RD e quais são as ações objetivas que a caracterizam, para que possam ser registradas, monitoradas e avaliadas. Além disso, também foi apontada a inclusão do número de pessoas que pararam de usar drogas, aqui entendendo a abstinência como um dos possíveis efeitos da RD, na perspectiva da ampliação

das possibilidades de relação com a droga (incluindo nenhuma relação) e não como um objetivo da estratégia de cuidado.

[...] com relação a redução de danos... é tudo é e nada é né ... O dano é se ficar com vinte minutos com o cara e se o cara não usou droga naquela hora? Então não é isso. Então assim, não dá pra ser no momento, tem que ser um trem, tem que ser algo mais... tem que dar volume nisso aí. (Trabalhador Centro-Oeste 1).

[...] quantos pararam de usar droga, [...]. (Pesquisador Sul 1).

Os entrevistados advertiram para a possibilidade da RD “ser tudo e não ser nada”, carecendo de definições que possam dar materialidade para suas atividades (que neste trabalho denominadas de dimensão instrumental) e conseqüente registro.

O número de reuniões (de equipe, intersetoriais e de discussão de casos) e supervisões de equipe foi outro tema abordado em critérios de monitoramento e avaliação pelos pesquisadores e usuários. As reuniões mereceram destaque pela literatura como elementos a serem monitorados e avaliados (entre a própria eCR, para a discussão do processo de trabalho; reuniões para discussões de casos clínicos; e reuniões que antecedem e sucedem as atividades de campo) (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SANTOS; CECCIM, 2018; VALE; VECCHIA, 2019). A revisão documental também apontou as reuniões e as supervisões com destaque para o processo de trabalho das eCR.

Os entrevistados relataram a necessidade de garantir espaço e mensuração para as diversas reuniões mencionadas, quase todas as mencionadas pela literatura, atentando para a necessidade da periodicidade das mesmas. O tempo na agenda das eCR dedicado às reuniões também foi destacado nas entrevistas. Na análise das práticas das eCR, via e-SUS AB, foi visto que as reuniões internas são as que ocupam o maior espaço da agenda destas equipes. As supervisões surgem como estratégia de qualificação, integração e cuidado com a equipe, constituindo-se como espaço de análise das múltiplas questões que atravessam de modo indissociável o processo de trabalho da eCR (os usuários, a clínica, a UBS, as demais equipes de AB, a rede, as políticas públicas, as categorias profissionais, a vida pessoal de cada trabalhador, entre outras questões).

A gente acha que as reuniões semanais... às reuniões por equipe, ouvir a equipe. Sabe assim, discutir o estudo de caso. (Usuária Sudeste 1).

Eu acho que ter que ter número de reuniões intersetoriais... Tem que ter. Eles fazem isso pra cacete, gasta tempo pra caramba, sabe? Articular com outro setor. Então número de reuniões realizadas com outros setores, número de idas ao hospital, número de pacientes que conseguiram internação. Eu acho que essas questões da rede de saúde com uma rede intersetorial, eles tinham que ta mapeados de alguma forma, sabe? Porque eles gastam muito tempo com isso, isso não é levado em conta em nada. (Pesquisadora Sudeste 3).

Eu diria de cada supervisão... Porque o controle de diabetes o cara aprende na faculdade a fazer, a enfermeira, o médico, seja lá quem for, né? É monitorar e

avaliar o processo de trabalho antes de tudo, eu acho. As questões que são trazidas, inclusive as dificuldades desses profissionais. (Pesquisador Centro-Oeste 2).

E eu acho que a supervisão... como é que chama mesmo supervisão institucional? (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

Tanto no caso das reuniões quanto no caso da supervisão, os entrevistados ressaltaram que a mensuração destas atividades é também uma forma de legitimá-las, reforçando a sua necessidade.

Gestores e trabalhadores apontaram o número mínimo de consultas por categoria profissional como uma noção de critério de monitoramento e avaliação para as eCR. O PMAQ AB, no seu grupo dos indicadores de desempenho para o acesso e a continuidade do cuidado, incluía a média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante (BRASIL, 2015). Algumas experiências de eCR se orientam e se organizam a partir de pontos muito objetivos do processo de trabalho. Os entrevistados apresentaram a necessidade de definições objetivas sobre quanto ao número de atendimentos que cada eCR estabelece como meta realizar, além de revelar experiências para as quais estes parâmetros já estão colocados atualmente.

Acho que a gente precisa ter número mínimo, ... de número de consulta do médico, número de consulta do enfermeiro... do psicólogo, do assistente social. (Gestora Sul 1).

Hoje o psicólogo faz 60 atendimentos por mês e divide o tempo nas ações coletivas, nas reuniões de equipe e nas ações estratégicas. Que é, hoje ele vai lá na busca ativa de tuberculose, que as ações estratégicas, quando tem o teste de HIV que vai fazer in loco, pra fazer uma busca ativa, e aí é feito o teste, o psicólogo ele foi preparado pra ir fazer um aconselhamento... e o assistente social é a mesma coisa, por conta das 30h, ele trabalha 10h a menos que o psicólogo, ... então a produção dele ficou 45 (atendimentos por mês)... e o agente de saúde que tem 120 cadastro (por mês)... (Trabalhadora Sudeste 1).

Este item reforça de modo significativo que é possível, em algumas circunstâncias, de fato aproximar o processo de trabalho das eCR de alguns dos parâmetros das demais equipes de AB do território. Reforça-se que aqui não se trata do estabelecimento de um número mínimo para todo o Brasil, mas de um processo de monitoramento e avaliação que possa incluir este ponto entre os seus critérios.

Foram mencionadas, até aqui, diferentes questões que alimentam as condições que dificultam para que a PSR possa ter acesso às ofertas de cuidado e atenção da eCR e da rede (ALECRIM et al., 2016), inclusive várias das noções de critérios de monitoramento e avaliação já mencionadas integrarem com parte desta questão (encaminhamentos, pessoas acompanhadas e outros). Para gestores e usuários, a criação de critérios avaliativos para a adesão dos usuários às ofertas da eCR e da rede ajudaria no monitoramento e na avaliação para as eCR. Os entrevistados ressaltaram que o vínculo, a conexão entre a equipe e os

usuários é um elemento central para o cuidado e na esteira dessa discussão a criação de critérios que possam mensurar este trabalho foi considerado importante.

Adesão desse usuário àquele serviço que tá sendo prestado a ele, porque é um usuário difícil... Então se ele tá se deixando encontrar significa que ele tá deixando, tá criando vínculo e tá tendo resultado para ele. (Gestora Norte 1).

[...] por exemplo, você marcar uma consulta comigo tal hora e eu estar lá te esperando tal hora. Quando essa equipe não falha com ele, não pisa na bola, porque o que mais a gente ouve é promessa... Você vai começar a perceber que a coisa tá andando quando você marcar com o A. e o A. estiver lá. Intoxicado ou não, independente de como ele esteja ou não. E aquele chinelo que você deu pra ele ou que a assistente social deu pra ele ontem, ele já vendeu, já virou pedra e isso não pode ... ser um sim ou não pra relação, entendeu? (Usuário Sudeste 2).

A noção acima é uma das formas enunciadas pelos entrevistados de monitorar e avaliar o vínculo e seus efeitos para os usuários.

Outra noção de critérios de monitoramento e avaliação para as eCR elucidada por gestores e trabalhadores foi a do número de pessoas com transtornos mentais. O PMAQ AB incluía a saúde mental entre os padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa (BRASIL, 2015). Os documentos oficiais específicos sobre as eCR também mencionam os problemas de saúde mental como importantes, considerando a sua prevalência na PSR (BRASIL, 2012a; EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014; SÃO PAULO, 2016;). Santana e Rosa (2016), inclusive, dedicam um livro/manual específico sobre a saúde mental das pessoas em situação de rua, alertando para a importância do tema. Os entrevistados destacaram a necessidade de acompanhamento dos casos, dado o caráter crônico de alguns deles; a adesão às propostas de tratamento; os tipos de transtornos mentais mais atendidos; e a relação com o CAPS como dimensões de monitoramento sobre esta questão.

[...] um dos mais graves é um para saúde mental, porque gera muita impotência do profissional, porque a pessoa que tem um transtorno mental desse, ela vai ter transtorno mental o resto da vida. (Trabalhador Sul 1).

[...] dá pra monitorar casos de agravos de saúde mental. Se adere ou não algum tipo de tratamento... Se faz tratamento... qual é o procedimento, o quê que faz depois da avaliação... tá sendo atendido por uma equipe de saúde [...]. (Trabalhadora Sul 2).

[...] pessoal com transtorno mental que tava sendo atendido no CAPS, que tipo de transtorno... (Gestor Centro-Oeste 1).

Convém lembrar que, entre as condições de saúde avaliadas pelas eCR mapeadas nas fichas do e-SUS AB, as questões de saúde mental receberam um olhar privilegiado pelas eCR.

Os trabalhadores e usuários propuseram que os critérios de monitoramento e avaliação para as eCR incluam a perspectiva do usuário/satisfação do usuário. A participação do usuário nos processos de monitoramento e avaliação é fortemente fomentado por diversas

perspectivas de avaliação e por diferentes autores. Definir os parâmetros e os limites para a avaliação junto com os interessados e avaliados, com o propósito de incluir suas reivindicações e para oportunizar que a avaliação tenha um caráter formativo, passa a ser uma questão central, sobretudo nas avaliações de quarta e quinta gerações. Nesta última, fica explícita a perspectiva de democratização da avaliação como um processo inclusivo (BARON; MONNIER, 2003; HARTZ, 2008; GUBA; LINCOLN, 2011; SANTOS, 2016). Já o PMAQ AB destinava uma das dimensões dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa apenas para a perspectiva do usuário, a dimensão do Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (BRASIL, 2015).

Os entrevistados apontaram para diferentes aspectos na inclusão dos usuários (na aproximação com os movimentos sociais organizados da PSR) a construção de processos de monitoramento e avaliação da qualidade do serviço ofertado e, também, da amplitude das ofertas (acesso a atendimentos e medicamentos).

[...] a monitoração deve ser composta de vários fatores. Um deles, depende do morador de rua. É preciso que eles opinem sobre os cuidados que eles recebem e também tem que ter uma forma, porque se você for perguntar pro movimento morador de rua, são pessoas mais esclarecidas e que às vezes não se encontram na mesma realidade do que aquele morador de rua mais isolado... (Trabalhador Sul 1).

[...] a discussão na rua... como que foi o recebimento do serviço de saúde de cada indivíduo que ele olhou. Tem que ter, tem que passar por discussões das políticas que são dadas para população. Foi atendido mesmo? Como é que foi atendido? O quê que tá faltando? (Usuário Sudeste 1).

Quem dá o diagnóstico se tá melhorando não é a equipe técnica, é o atendido. Entendeu? Nesse cadastramento das pessoas que foram atendidas, você perguntar pra elas como que foi, se ela gostou, como que ela ... É você perguntar tipo: Eu fui atendido pela eCR. Veio, me atendeu. Depois eu precisei de um remédio, a equipe conseguiu esse remédio. (Usuário Sul 2).

Esta é uma noção de critérios de monitoramento e avaliação relevante, pois, como já extensamente comentado, o passivo de falta de acesso aos cuidados no SUS pode fazer com que a PSR avalie que o fato de estar recebendo algum cuidado já seja o suficiente. Como visto anteriormente neste mesmo item, a ideia de participação dos envolvidos mantém uma íntima relação com as ideias de emancipação e democratização das questões públicas de saúde, movimento de extrema relevância no contexto de trabalho das eCR.

Recapitulando os pontos comuns entre os grupos de entrevistados quando em referência às noções de critérios de monitoramento e avaliação para as eCR foram: o número de pessoas cadastradas; o número de pessoas atendidas/acompanhadas pela eCR; o número de testes rápidos realizados (HIV, sífilis, tuberculose e gravidez); o número de encaminhamentos para especialistas ou intersetoriais; número de pessoas em tratamento de tuberculose e o número de altas por cura da tuberculose; o número de pessoas com IST (mais especificamente

HIV e sífilis) e seu acompanhamento; o número de pacientes crônicos (em especial diabéticos e hipertensos) acompanhados pela eCR; o número de gestantes e acompanhamento do pré-natal; o número de pessoas internadas e número de internações sensíveis à AB; as ações de RD e a redução do uso de álcool e outras drogas; o número de reuniões (de equipe e de discussão de casos) e supervisões de equipe; o número mínimo de consultas por categoria profissional; os critérios avaliativos para a adesão dos usuários às ofertas da eCR e da rede; o número de pessoas com transtornos mentais; e a inclusão da perspectiva do usuário/satisfação do usuário.

A seguir, ainda em comentários analíticos sobre as noções de critérios de monitoramento e avaliação para a eCR da Ilustração 24, serão analisadas as noções que foram citadas de modo singular, por grupo de entrevistados.

A Ilustração 25 apresenta as noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos pesquisadores.

Ilustração 25 - Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos pesquisadores.

<b>NOÇÕES DE CRITÉRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – PESQUISADORES</b>
Nº de grupos realizados
Nº de idas ao território
Nº de buscas ativas
Nº de pessoas que interromperam o uso de drogas
Escolaridade da PSR acompanhada
Nº de pessoas com melhora na frequência e qualidade da hidratação e alimentação
Nº de casos compartilhados com a rede
Nº de pessoas reinseridas no campo do trabalho e renda
Nº de pessoas que saíram das ruas
Nº de novas parcerias/articulações intersetoriais

Fonte: O autor, 2021.

Aqui serão analisadas algumas das noções de critérios de monitoramento e avaliação, levando em conta temas que ainda não foram analisados em itens anteriores, com a finalidade de ilustrar a noção com seu contexto de menção na fala dos entrevistados.

Os pesquisadores levantaram como noções de monitoramento e avaliação os números de grupos realizados, idas ao território e de buscas ativas. Cabe retomar que o PMAQ AB trazia a média de atendimentos em grupo realizados por profissional do NASF (nº de grupos realizados) e a média de atendimentos domiciliares realizados por profissional do NASF (idas

ao território e buscas ativas) como critérios de monitoramento e avaliação dos NASF, deixando um lastro para as eCR na AB (BRASIL, 2015).

Quanto aos números de pessoas que interromperam o uso de drogas; que saíram das ruas; com melhora na frequência e na qualidade da hidratação e da alimentação; e o reinsertas no campo do trabalho e renda, os entrevistados levantaram critérios que surgem imbricados e articulados. A possibilidade de sair das ruas, ou de parar com o uso de drogas, não surge como um objetivo da eCR, mas sim de modo articulado com a educação, o trabalho e a renda e a alimentação. De certo modo, toca-se na questão sobre “não naturalizar” a vida e as condições de rua, ao mesmo tempo em que “sair das ruas” e “parar de usar drogas” se apresentam como possibilidades de ampliação das conexões dos sujeitos envolvidos, ampliando suas redes de interesses e laços (com o trabalho, a educação, etc.).

[...] quantos pararam de usar droga, quantos voltaram a trabalhar, né?! Quantos voltaram a estudar, é... que é legal, né?!... Esse é um indicador da nossa produtividade, quantas alimentações, assim ... quantas integrações de hidratação, né? A gente levava água mineral e tal, sabe? A gente conseguiu umas coisas assim, a gente conseguia fazer uma intervenção, que era uma estratégia de chegar na galera, mas a gente encontrava uma galera que tava sem comer faz horas...” (Pesquisador Sul 1).

Número de desmames da eCR é um indicador importante de resultado e que a gente poderia encarar com mais seriedade ... E não naturalizar todo um processo contínuo e de permanência na rua, né? E até que ponto a eCR também não pode contribuir para isso. (Pesquisador Sudeste 2).

Nestas questões, os entrevistados tocam em certos “tabus”. Por vezes, o “sair das ruas” e o “parar de usar drogas” podem se ligar às ideais higienistas. Porém, aqui os entrevistados problematizaram exatamente o contrário, no sentido de “desnaturalizar” estas questões, para pensá-las inseridas no processo de trabalho da eCR, na perspectiva da ampliação de conexões e redes dos sujeitos, para que mais possibilidades de escolha possam ser criadas.

Outra noção para o critério de monitoramento e avaliação foi a do número de casos compartilhados com a rede. Aqui, os entrevistados estão tratando dos casos que são atendidos e acompanhados em parceria, simultaneamente entre dois ou mais serviços ou equipes. No PMAQ AB (3º ciclo), as equipes do NASF tinham como um dos critérios de monitoramento e avaliação, à época, a média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF (BRASIL, 2015d), critério que estabelece certo paralelo com o compartilhamento de casos entre as equipes e seus profissionais. Nas falas dos entrevistados, a parceria com os serviços de Saúde Mental e com os da Assistência Social (Centro Pop) emergiu com mais força.

Pensar um indicador sobre isso, se é visita compartilhada com o NASF, com o CAPS, se é grupo... eu acho que a gente precisava ter um indicador que pudesse

mostrar um pouco essa articulação da saúde com a assistência... Outras secretarias, outros órgãos... (Pesquisador Sul 1).

[...] número de atendimento compartilhado. Nos casos que necessitem desta intervenção e que necessitem desse espaço especializado do CAPS. (Pesquisador Sul 2).

[...] a relação com os serviços da rede, ... Que tipo de ações tu consegue desenvolver conjuntamente com determinados dispositivos da rede não só de saúde, mas também de Assistência Social. (Pesquisador Centro-Oeste 1).

[...] a questão do cuidado compartilhado. Pensando assim em sonho, sabe?!... pra referir a isso de poder pensar pelos cuidados que a gente consegue compartilhar né, com a rede, com os outros serviços. (Pesquisadora Centro-Oeste 1).

Como observado em outros itens deste trabalho, a relação com a rede é ainda um ponto a ser mais explorado pelas eCR, o que não é diferente no caso do compartilhamento de casos.

A Ilustração 26 apresenta as noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos gestores.

Ilustração 26- Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos gestores.

<b>NOÇÕES DE CRITÉRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – GESTORES</b>
Carteira de vacinação em dia
Nº de crianças e adolescentes
Diminuição dos casos de gravidez na adolescência
Nº de casos com queixa/relato de violência
Nº de espaços/estratégias de escuta e cuidados aos trabalhadores das eCR

Fonte: O autor, 2021.

Os gestores destacaram outras noções de critérios de monitoramento e avaliação para as eCR, sendo elas: a carteira de vacinação em dia; o número de crianças e adolescentes acompanhados; a diminuição dos casos de gravidez na adolescência; o número de casos com queixa/relato de violência; e o número de espaços/estratégias de escuta e cuidados aos trabalhadores das eCR. Sobre a carteira de vacinação, o Previne Brasil apresenta entre seus critérios de monitoramento e avaliação a cobertura vacinal, mais especificamente de poliomielite inativada e de pentavalente (BRASIL, 2019c). As situações concretas de violência foram ressaltadas para compor o processo de monitoramento e avaliação das eCR (SANTOS, 2013; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2017; VARGAS; MACERATA, 2018; MACHADO; RABELLO, 2018).

As questões sobre as múltiplas violências sob as quais a PSR está submetida e dos espaços de escuta do trabalhador permearam outros itens, mas aqui surgem com um sentido

mais específico, afirmando a necessidade que se garanta um olhar para elas. No caso da gravidez na adolescência, quando se retoma à análise dos procedimentos realizados pelas eCR, o teste rápido de gravidez ocupa 1,11% dos procedimentos realizados pelas equipes, o que confere coerência para que os entrevistados queiram jogar luz sobre esta questão, que ganha contornos de maior complexidade se ocorrer na adolescência e de forma indesejada.

Eu vejo assim que violência é um indicador... fatores externos, eu acho que é um indicador que pode fazer uma avaliação do serviço. (Gestora Norte 1).

[...] a diminuição da gravidez na adolescência talvez seja um fator que a gente consiga mensurar como positivo... (Gestora Norte 1).

A gente não tem nenhum tipo de escuta qualificada pro próprio profissional... mas eu acho que seria uma avaliação a ser pensada, uma necessidade já que eles lidam com tanta situação às vezes de vulnerabilidade que pode sim fragiliza-los de alguma forma ... Uma roda de conversa, um atendimento periódico né, seis em seis meses, três em três meses, enfim dentro da necessidade que o grupo possa apresentar, acho que é importante. (Gestora Norte 1).

[...] a gente precisa, é... Conseguir garantir identificação das crianças e dos adolescentes do território e garantir o acompanhamento de puericultura... o número de crianças acompanhadas, é número de crianças que passaram em atendimento, é número de crianças que passaram em consulta, então eu preciso conseguir ver vacina, eu consigo precisar ver peso, altura, tratamento de verminose, inserção na escola... (Gestora Sul 1).

As noções acima trouxeram novos sentidos e significados para noções que surgiram em outros contextos das entrevistas, merecendo aqui um destaque.

A Ilustração 27 apresenta as noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos trabalhadores.

Ilustração 27 - Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos trabalhadores.

#### **NOÇÕES DE CRITÉRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - TRABALHADORES**

Nº de ações com a participação da gestão in loco (nas ruas ou na UBS)

Tempo de vida nas ruas

Fonte: O autor, 2021.

Os trabalhadores indicaram noções de critérios de monitoramento e avaliação que incidem sobre a participação da gestão de modo mais próximo das eCR e, também, sobre o tempo de rua. Aqui, há uma preocupação com a permanência da pessoa no universo das ruas e os efeitos que este tempo pode exercer em seus modos de viver e subjetivar.

[...] alguém seguir em campo, um exemplo, observar o atendimento... uma vivência "vou descer paisano e vou ver qual é a sensação desse povo que eles têm" (Trabalhadora Nordeste).

Um dos indicadores é o tempo de rua ... (Trabalhador Sul 1).

Vale destacar aqui a presença de noções de critérios de monitoramento e avaliação que aproximem a gestão das eCR.

A Ilustração 28 apresenta as noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos usuários.

Ilustração 28 - Noções de critérios de monitoramento e avaliação da eCR na perspectiva dos usuários.

<b>NOÇÕES DE CRITÉRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – USUÁRIOS</b>
Índice de avaliação de autonomia dos usuários
Nº de reuniões da eCR com a PSR
Nº de reuniões entre a gestão e a PSR

Fonte: O autor, 2021.

Os usuários revelaram uma maior atenção aos espaços institucionalizados que oportunizem as trocas entre o conjunto de atores envolvidos, em linha com as práticas avaliativas de quarta e quinta gerações (BARON; MONNIER, 2003; HARTZ, 2008; GUBA; LINCOLN, 2011; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). Alertaram também para critérios que possam avaliar os diferentes graus de autonomia dos usuários, uma questão interessante que precisa ser precedida de discussões sobre o que pode ser considerado autonomia para equipe, usuários e gestores. Ou seja, a criação de um critério de monitoramento e avaliação desta natureza exigiria uma ampla discussão, que por si só já poderia ser interessante para todos os envolvidos, reafirmando o caráter formativo e emancipatório das práticas avaliativas (4ª e 5ª gerações).

[...] você quer construir políticas públicas pra PSR, mas sem ouvir a população de rua? Quer que o outro que estudou em Harvard, o outro que estudou sei lá onde pra discutir isso? Não filho, calma! Ouve a população de rua porque eles vão te dá saída... É isso a equipe boa é aquela que conversa e percebe quem ela está tratando, com quem ela está lidando. (Usuário Sudeste 2).

Sabe se ele veio... você conseguiu trazê-lo e ele retorna... Pra mim autonomia do sujeito é isso. Ele tem que lutar... vai sozinho procurar, e sempre voltou pra rua, ele se sentindo da família. Se ele não foi, ele não volta. (Usuária Sudeste 1).

Por fim, os usuários, assim como os trabalhadores nas noções anteriores, apontaram critérios que aproximem a PSR das eCR e da gestão.

#### 4.3.1.3.1 A síntese das noções de critérios de monitoramento e avaliação

Diferentes autores alertaram para a necessidade de que os critérios de monitoramento e avaliação, e que qualquer que seja a metodologia utilizada para a construção destes critérios,

leve em consideração características quantitativas e qualitativas (elementos objetivos e subjetivos) (SANTOS, 2013; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2017; SANTOS; CECCIM, 2018; VARGAS; MACERATA, 2018; MACHADO; RABELLO, 2018; ENGSTROM et al., 2020). Ainda em referência à questão das dimensões quantitativas e qualitativas, os diferentes modos de conceituar o processo de monitoramento e avaliação apontam para a complementaridade entre as duas dimensões neste processo, o que é ainda mais relevante na avaliação de políticas públicas de saúde (VAITSMAN; RODRIGUES; PAES-SOUSA, 2006; CHAMPAGNE et al, 2011; SANTOS, 2016; JANNUZZI, 2016).

Assim, no levantamento das noções de critérios de monitoramento e avaliação foram mapeadas algumas noções que receberam dos entrevistados um grau de estruturação mais objetivo (por exemplo, número de pessoas cadastradas) e outros, nem tanto (critério avaliativo para as estratégias de escuta e cuidado aos trabalhadores das eCR). Levando em conta a possibilidade que este trabalho tem de propiciar um levantamento mais amplo destas noções, decidiu-se por incluir e apresentar todas as noções que emergiram.

Neste contexto, com inspiração na proposta de avaliação dos CAPS do Sul do Brasil, realizada por Kantorski e colaboradores (2011), foram criados dois extratos entre as noções de critérios de monitoramento e avaliação: os internos e os externos. Nos marcadores internos estão agrupadas as noções que se relacionam à estrutura, ao processo de trabalho e ao resultado do trabalho das eCR. Por outro lado, os marcadores externos agrupam as noções de monitoramento e avaliação que lidam com as políticas públicas, a articulação com outros serviços da rede, a gestão e a relação com a sociedade civil. O conjunto de noções de critérios de monitoramento e avaliação foi agrupado e sintetizado ao longo deste tópico.

A Ilustração 29 apresenta 35 noções de critérios de monitoramento e avaliação, sintetizados a partir da análise crítica de todas as noções apresentadas pelos quatro grupos de entrevistados.

Ilustração 29 – Síntese das noções de critérios de monitoramento e avaliação nas perspectivas de todos os grupos de entrevistados, estratificados em marcadores internos e externos. (Continua)

MARCADORES INTERNOS	MARCADORES EXTERNOS
Nº de pessoas cadastradas	Nº de encaminhamentos para especialistas ou intersetoriais
Nº de pessoas atendidas/acompanhadas pela eCR	Nº de pessoas internadas e nº de internações sensíveis à AB
Nº de testes rápidos realizados (HIV, sífilis, tuberculose e gravidez)	Inclusão da perspectiva do usuário/satisfação do usuário
Nº de pessoas em tratamento de tuberculose e o número de altas por cura da tuberculose	Nº de casos compartilhados com a rede
Nº de pessoas com IST (mais especificamente HIV e Sífilis) e seu acompanhamento	Nº de pessoas reinseridas no campo do trabalho e renda
Nº de pacientes crônicos (em especial diabéticos e hipertensos) acompanhados pela eCR	Nº de pessoas que saíram das ruas
Nº de gestantes e acompanhamento do pré-natal	Nº de novas parcerias/articulações intersetoriais
Nº de ações de RD e a redução do uso de álcool e outras drogas	Nº de reuniões da eCR com a PSR
Nº de reuniões (de equipe, intersetoriais e de discussão de casos) e supervisões de equipe	Nº de reuniões entre a gestão e a PSR
Nº mínimo de consultas por categoria profissional	Nº de ações com a participação da gestão in loco (nas ruas ou na UBS)
Nº de pessoas que interromperam o uso de drogas	Tempo de vida nas ruas
Nº de pessoas com transtornos mentais	
Nº de grupos realizados	
Nº de idas ao território	
Nº de buscas ativas	
Nº de pessoas com melhora na frequência e qualidade da hidratação e alimentação	
Nº de crianças e adolescentes	
Nº de crianças e adolescentes	
Nº de casos com queixa/relato de violência	
Nº de espaços/estratégias de escuta e cuidados aos trabalhadores das eCR	

Ilustração 29 - Síntese das noções de critérios de monitoramento e avaliação nas perspectivas de todos os grupos de entrevistados, estratificados em marcadores internos e externos. (Conclusão)

MARCADORES INTERNOS	MARCADORES EXTERNOS
Carteira de vacinação em dia	-
Escolaridade da PSR acompanhada	
Diminuição dos casos de gravidez na adolescência	
Critérios avaliativos para a adesão dos usuários às ofertas da eCR e da rede	
Índice de avaliação de autonomia dos usuários	

Fonte: O autor, 2021.

A Ilustração 29 oferece uma síntese sobre o conjunto de noções mapeadas junto aos entrevistados, apenas com o propósito de agrupar o vasto conjunto de discussões e vieses que cada noção de critério de monitoramento e avaliação apresentou, na expectativa de facilitar a forma da observação final.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciar as considerações finais deste estudo, cabe comentar sobre o expressivo percentual de ampliação das equipes de Consultório na Rua, de aproximadamente 264%, desde sua criação até o momento atual (2012-2020). Este fato, em si, demonstra a necessidade de que mais e mais estudos sobre o processo de trabalho dos Consultórios na Rua sejam realizados.

Em 2021, as eCR completam dez anos de implantação. Como observado inicialmente, foram encontradas tímidas referências em relação aos objetivos e à resolutividade esperados para estas equipes no contexto da AB disponíveis nos documentos oficiais e na literatura científica. Há também, praticamente, nenhuma referência concreta aos critérios que poderiam ser utilizados para o monitoramento e a avaliação das práticas destas equipes. Esta pesquisa é fruto da provocação causada pela quase ausência de referenciais sobre elementos centrais para a organização do processo de trabalho das eCR, reforçada pelos achados de dois mestrados do autor apontando estas ausências de referenciais como limites significativos para que os Consultórios na Rua pudessem ter uma melhor compreensão das potencialidades e dificuldades, presentes no processo de implementação das ações e na qualificação do seu processo de trabalho das eCR.

Além disso, a aposta é de que o estudo das características específicas das práticas das eCR, sobretudo em relação às práticas e aos critérios de monitoramento e avaliação, pode vir a contribuir na apresentação de temas, discussões e propostas que possam qualificar esta política pública de um modo geral. Por conseguinte, isto contribuirá também para uma maior visibilidade, reconhecimento e fortalecimento do papel social das eCR e sua atuação junto à PSR, compondo ainda com a tarefa de produzir elementos que possam contribuir para a sustentabilidade destas equipes no SUS. Como visto, as eCR nunca foram incluídas em processos de monitoramento e avaliação nacional, como o PMAQ AB e o Previn Brasil. Tendo em vista o percurso destas equipes na AB e no SUS, será fundamental para as eCR, poder ser incluídas em avaliações futuras da AB, como todas das demais equipes da AB, na perspectiva da ampliação da qualidade das ofertas de atenção e cuidado e na própria inserção da equipe, de fato, na dinâmica da AB.

A partir da questão inicial desta pesquisa “quais são os sentidos e significados de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação presentes no campo e como eles podem informar e orientar o processo de trabalho das eCR?”, esta tese buscou

sistematizar e debater as noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação presentes na literatura, nas práticas das eCR e junto aos atores envolvidos.

Para fazer esse mergulho no universo dos Consultórios na Rua, foram realizados três saltos, por três entradas diferentes e complementares. Inicialmente, foi realizada uma revisão documental e na literatura científica sobre as eCR para obter um mapeamento sobre quais os sentidos são conferidos às noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação pela literatura. Na sequência, foi analisado um conjunto de dados do CNES, o que permitiu uma visão crítica do estado da arte do processo de implantação das eCR. Foram analisadas também quatro fichas do prontuário eletrônico da AB (fichas de cadastro, atendimento individual, procedimentos e atividades coletivas) para obter um retrato do cenário de implantação das eCR (nas suas três modalidades), do perfil profissional das equipes, além do mapeamento das práticas das equipes. Por fim, foram exploradas 28 entrevistas com pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários, envolvidos diretamente com as eCR, das cinco regiões do Brasil, para obter a posição e os sentidos e significados dos entrevistados sobre as noções estudadas.

À guisa de um fechamento (mas sempre lembrando que poderiam existir outras escolhas para o fechamento), foram retomados alguns temas que perpassaram e articularam diferentes noções levantadas por este estudo, entrelaçando múltiplos sentidos, significados e implicações.

O tema do acesso da PSR ao SUS foi muito presente nos documentos oficiais das eCR e na literatura científica, sendo reiterado fortemente pelos entrevistados. Confere-se à eCR o objetivo de ser a porta de entrada para a PSR no sistema de saúde. Para a literatura estudada e na opinião dos entrevistados, este acesso ao SUS ao mesmo tempo em que garante direitos, tensiona e incomoda a rede por conta do despreparo dos profissionais. Este ponto nos coloca diante da necessidade de reforçar uma agenda de formação, ou melhor, de inclusão do tema da PSR nos processos de formação de profissionais de saúde.

O acesso também assumiu um papel significativo em alguns dos sentidos levantados para as noções de resolutividade (a facilitação e a flexibilização das formas de acesso foram colocadas como elemento essencial para a construção da resolutividade) e de critérios de monitoramento e avaliação (a avaliação do acesso pelo número de pessoas cadastradas, atendidas/acompanhadas e outros). Uma implicação direta do acesso e que coloca outra agenda futura importante é o percentual de PSR cadastradas no e-SUS AB, pois não é possível discutir o acesso sem que seja garantido o direito pelas eCR do cadastro formal da PSR no SUS.

Outro sentido atribuído ao acesso foi o do acesso da própria eCR à UBS, às agendas da própria AB e à rede. Estas noções se conectam a outros temas que atravessaram e interligaram várias noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação, o da Unidade Básica de Saúde e o da Atenção Básica.

Os temas da UBS e da AB receberam diferentes sentidos e conexões na literatura e entre os entrevistados, mas sendo, em geral, apontados como espaços a serem “ocupados” pelas eCR. Considerando as noções de objetivo e resolutividade analisadas, foram relacionadas à eCR: a garantia de entrada e permanência da PSR na UBS; a oportunização de recursos de cuidado que não podem estar nas ruas (exames clínicos, consultas com outras especialidades, procedimentos e outros); e a ocupação/utilização da UBS como espaço de formação (apontada neste trabalho como uma das agendas futuras), como forma de aproximação com as demais equipes da AB (eSF, eSB e NASF AB), com vistas a um trabalho colaborativo, que possa promover a autonomia das demais equipes de AB para o atendimento da PSR, ampliando a interferência/ocupação da eCR na AB.

Ao falar deste movimento de entrada de fato das eCR na AB, é importante avaliar os efeitos do atual perfil profissional e a presença dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos nas eCR. A presença maciça da enfermagem e o crescente número de médicos nas equipes provocam ressonâncias nas noções de objetivo, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação. A presença destes profissionais pode, por exemplo, ampliar os diagnósticos e o cuidado aos usuários com condições crônicas, aparentemente agravos negligenciados pelas eCR, como indicado pela análise do e-SUS AB.

As características dos processos formativos destas categorias profissionais (com maiores oportunidades de experiências, como o cuidado integral) podem contribuir também para que as eCR se insiram cada vez mais nas especificidades do trabalho na AB, especialmente no caso do profissional médico, uma vez que sua presença na equipe traz questões significativas para a organização do processo de trabalho, envolvendo maior resolutividade, conforme avaliação dos entrevistados. Ao mesmo tempo, há o perigo de que a agenda do médico capture a agenda de toda a equipe, gerando tensões que conferem a este tema uma maior atenção por parte das gestões locais. Os efeitos nas noções de critérios de monitoramento e avaliação se deram por diferentes critérios que envolvem diretamente estes profissionais, como o número de pessoas em tratamento de tuberculose, de pessoas com IST (mais especificamente HIV e sífilis), de pacientes crônicos (em especial diabéticos e hipertensos) acompanhados pela eCR e outros, garantindo ao tema do perfil profissional da equipe, e especificamente para enfermeiros e médicos, um lugar de destaque neste debate.

Ao analisar a população acompanhada pelos Consultórios na Rua, dois públicos merecem ter retomadas as suas especificidades nas considerações finais deste trabalho: as mulheres e as pessoas com problemas na relação com álcool e outras drogas.

Neste estudo, verificou-se ser expressivo o número de mulheres em situação de rua cadastradas no SUS (34,7%, aproximadamente), representando um aumento igualmente expressivo de mulheres em relação aos dados anteriores, os quais se teve acesso (BRASIL, 2009a; IPEA, 2020; SÃO PAULO, 2019). O cadastramento é um dos objetivos atribuídos às eCR tanto pela literatura quanto pelos entrevistados. Entretanto, a presença da mulher nas ruas não se fez presente nas condições avaliadas pelas eCR no e-SUS AB. Nas áreas da saúde sexual e reprodutiva, o pré-natal e o câncer de colo de útero tiveram baixo percentual nos registros, o que novamente pode indicar invisibilidade das questões femininas e, claro, a redução da resolutividade da eCR. A literatura não se furtou a indicar que este olhar é fundamental, dada as condições de vulnerabilização da mulher serem potencializadas nas ruas. Os entrevistados indicaram o número de gestantes e o acompanhamento do pré-natal como um dos critérios de monitoramento e avaliação da equipe. Este conjunto de questões indica a urgência de que agendas dedicadas às questões específicas da mulher sejam colocadas em curso pelos Consultórios na Rua.

O segundo público que merece menção e problematizações são as pessoas com problemas na relação com álcool e outras drogas. Como observado ao longo desta tese, a transição dos Consultórios de Rua para os Consultórios na Rua deixou marcas nas equipes atuais, o que também ecoou nas repercussões e nas ligações entre os critérios de objetivo, resolutividade, monitoramento e avaliação. A literatura estudada menciona as questões de Saúde Mental e AD e alguns autores as colocaram como “o” objetivo da eCR (SIMÕES et al., 2017), o que pode promover uma associação nefasta entre estar em situação de rua e ser usuário de drogas.

A análise das práticas das eCR, via e-SUS AB, destinou à Saúde Mental e às questões AD um lugar privilegiado na agenda dos Consultórios na Rua, seja nas condições de saúde avaliadas seja nos encaminhamentos realizados pelas equipes para os CAPS ou no público-alvo das atividades coletivas. Entre os critérios de monitoramento e avaliação das práticas das eCR, o número de pessoas com transtornos mentais e o número de ações de RD e a redução do uso de álcool e outras drogas estão presentes como critérios em si, o que indica a força deste tema entre os entrevistados.

Transitando para a discussão da noção de resolutividade, esta noção foi a que apresentou mais desafios para análise, apesar da sua robusta presença na literatura analisada.

Ao observar uma equipe de AB, que deve estar dedicada a compreender e lidar com os agravos mais prevalentes entre a população acompanhada e se, entre os agravos, as questões de Saúde Mental e AD têm uma presença tão marcante, quais são os limites de atuação destas equipes? Com profissionais do campo da Atenção Psicossocial atuando nas eCR, quais são os casos que podem ser acompanhados pelas eCR, até que este limite seja extrapolado e seja necessário o compartilhamento com um CAPS, por exemplo? O que podem oferecer uma eCR e a AB como estratégia de cuidado para as referidas questões?

Outro tema/questão que se insere nas possibilidades e nos limites da AB, na relação com os problemas de saúde no campo da Atenção Psicossocial, é o lugar/função que a RD pode ter como um referencial teórico e metodológico, ético e instrumental, para contribuir com estes debates. No decorrer desta tese, foi defendido que a RD pode contribuir como chave de leitura e intervenção junto às cronicidades como um todo, alargando certo campo de captura (histórico, teórico e metodológico) que a mantém refém de um imaginário e de práticas em saúde que incidem majoritariamente nas questões de saúde que envolvem álcool e outras drogas. Compreende-se que a RD pode ser incorporada, em suas perspectivas ética e instrumental, cada vez mais à AB e que os Consultórios na Rua (através de suas práticas) podem ser um vetor de fortalecimento deste movimento.

Todas estas questões trazem implicadas mais uma agenda futura para os Consultórios na Rua (e, neste caso específico, também para a AB, como um todo), que é a agenda da Atenção Psicossocial e da Saúde Mental inserida no processo de trabalho das eCR e, por consequência, na AB, com suas possibilidades e limites.

O percurso deste estudo possibilitou que várias agendas futuras para os Consultórios na Rua pudessem ser pensadas. Já foram indicados que os temas das eCR e do seu processo de trabalho e das especificidades da PSR possam ser incluídos nas formações do campo da saúde; bem como o da necessidade das equipes (todas, não só as eCR) ampliarem o cadastramento da PSR, na perspectiva da garantia do acesso e de outros direitos fundamentais; de uma maior ocupação das UBS e da utilização de suas potencialidades para a atenção e o cuidado pelas eCR, o que inclui a ocupação de fato do seu lugar como equipe de AB; da construção de um olhar específico para as questões de saúde da mulher; e da possibilidade de novos estudos que possam contribuir e se dedicar às possibilidades e aos limites da intervenção das eCR e da AB no campo da Saúde Mental, álcool e outras drogas.

Neste sentido, sabe-se que existe um conjunto de questões que foram tangenciadas por este estudo, que certamente exercem influência sobre o tema estudado, mas que, por escolhas teóricas e metodológicas, não foram abordadas com profundidade, tais como: a organização

comunitária e política da PSR; os diversos processos de vulnerabilização nos quais a população em situação de rua está implicada; os processos políticos federativos e de financiamento do SUS e outros. Ainda, vale salientar que é extremamente relevante a construção de um processo de trabalho para as eCR, que oportunize a discussão e a instrumentalização do exercício da cidadania mais plural por parte da PSR.

Por fim, nas trocas com a literatura e nas conversas com os entrevistados, pode-se verificar que os Consultórios na Rua transitam por muitas fronteiras (das políticas públicas, entre a AB e a Saúde Mental, entre os campos do conhecimento e entre a sociedade civil e as políticas públicas). Retomando a um dos objetivos proposto para a eCR, o de “ser ponte”, talvez em sua trajetória no SUS, mais do que delimitar fronteiras, ela possa ser ponte, provocando e sustentando conexões.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-2, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1435>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- ABREU, D. de; OLIVEIRA, W. F. de. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00196916, 2017.
- ALECRIM, T. F. A. et al. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 808-15, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500808&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500808&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.
- ALFLEN, L. R. Narrativas em saúde: possibilitando relatos de encontros. **Informe C3**, v. 10, n. 04 (edição 23), 2018. Disponível em: [https://informec3.weebly.com/uploads/5/5/8/3/55837267/informec3\\_edicao\\_23\\_dupla\\_baixa.pdf](https://informec3.weebly.com/uploads/5/5/8/3/55837267/informec3_edicao_23_dupla_baixa.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.
- ALMEIDA, E. R. de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ARAÚJO, A. S. et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4103-10, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231171/25139>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- ARAÚJO, E. Funcionamentos de instituições em cenas de uso de crack: um estudo etnográfico. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019529, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000200505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200505&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.
- ARAÚJO, C. L. F. A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.
- ARAÚJO, E.; SCHRAMM, F. R. Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 25, n. 3 p. 473-81, 2017.
- AUGUSTO, D. K. et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.
- BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, n. 110, p. 1-7, 2003.
- BENTES, I. A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, p. 41-7, 2017.

Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1017219/bis-v18n1-drogas-41-47.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BITTENCOURT, M. N. et al. Street clinic: the care practices with users of alcohol and other drugs in Macapá. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180261, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000100218&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100218&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**. Textos básicos, Rio de Janeiro, 2001.

BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde**: uma Ciência e suas Políticas em uma Nova Era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 28 dez. 1990; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica: AIDS e Hepatites Virais**. 5 ed. Brasília: 2002. p. 61-74.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 5 jul. 2005; Seção 1, 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: n. 14, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília-DF; 2009a.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 24 dez. 2009b; Seção 1, 16-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Guia do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 24 out. 2011b; Seção 1, 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes dos Consultórios na Rua. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 26 jan. 2012b; Seção 1, 46-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 26 jan. 2012c; Seção 1, 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2012d. **Consultas**: equipes - eCR. 12/2012 - definitivo. Disponível em: <[http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp)>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Consultas**: profissionais. 2012e. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na rua**: manual de identidade visual. 2012. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consultorio\\_rua\\_manual\\_identidade\\_visual.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consultorio_rua_manual_identidade_visual.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 11 jul. 2013a, Seção 1, p. 294.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.922, de 05 de setembro de 2013. Altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 06 set. 2013b; Seção 1, 65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2013c. **Consultas**: equipes - eCR. 12/2013 - definitivo. Disponível em: <[http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp)>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013d. 56 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013e. 290 p. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.238, de 06 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 9 jun. 2014a; Seção 1, 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2014b, Seção 1, p. 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 21 mai. 2014c; Seção 1, 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2014d. **Consultas**: equipes - eCR. 12/2014 - definitivo. Disponível em: <[http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp)>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2015. Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2015a, Seção 1, p. 123.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2015c. **Consultas**: equipes - eCR. 12/2015 - definitivo. Disponível em: <[http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp)>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015d. Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da Saúde**. Recurso Educacional, UNA-SUS. 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2104>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2016a. **Consultas**: equipes - eCR. 12/2016 - definitivo. Disponível em: <[http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp)>. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 76, de 22 janeiro de 2016. Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Básica para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2016. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 2016b, Seção 1, p. 35.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017a. Seção Suplemento. Anexo XXII.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2017b. **Consultas**: equipes -

eCR. 12/2017 - definitivo. Disponível em: [http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2018a. **Consultas:** equipes - eCR. 12/2018 - definitivo. Disponível em: [http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica:** Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume único. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 740 p.: il. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.** 2019c, Seção 1, p. 97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2020a. **Consultas:** equipes - eCR. 08/2020 - definitivo. Disponível em: [http://cnes.datasus2.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes\\_eCR.asp](http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp). Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção ao covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Nota Técnica, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_covid\\_19\\_equipes\\_consultorios\\_rua.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_covid_19_equipes_consultorios_rua.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.

CAMARGO, B. P. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-3, 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1269>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CAMARGO, R. F. de. Espaço e estrutura: o caso urbano. **Mental**, v. 2, n. 2, p. 55-65, jun. 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272004000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

CAMPOS, A. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. **Saúde e Sociedade [online]**. 2018, v. 27, n. 4, p. 997-1003. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n4/997-1003/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.

- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CANÔNICO, R. P. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, Edição especial, p. 799-803, 2007.
- CARDOSO, A. C. et al. Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 26, e3045, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100358&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100358&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020
- CARDOSO, J. T. et al. Diálogos na Luz: uma intervenção psicológica a partir da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde na cracolândia. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 18, p. 114-28, 2017.
- CARDOSO, J. T. et al. Diálogos na Luz”: uma intervenção psicológica a partir da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde na “Cracolândia. **Maconha: aspectos de uma construção facetada do chamado “ópio do pobre” e as vítimas preferenciais das políticas criminais beligerantes**, p. 114. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1017317/bis-v18n1-drogas-114-128.pdf>. Acesso em 16 nov. 2020.
- CARLI, R. de. **Consultório na rua: a construção de uma tecnologia de cuidado**. Tese. 2014. Acesso em: 16 nov. 2020.
- CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistema de informação em saúde para municípios**. v. 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).
- CASTILLO-ALLENDES, A. et al. Terapia vocal no contexto da pandemia do covid-19: orientações para a prática clínica. **Journal of Voice**, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892199720303179>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- CATANI, G. S. A et al. Proposed computerized protocol for epidemiological study of patients undergoing microsurgery of the larynx. **International archives of otorhinolaryngology**, v. 16, n. 3, p. 346, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4435436/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- CEDRO, L. F. **A rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas no município de Niterói-RJ**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859352>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 291 p.
- CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

COSTA, I. P. A. et al. Escolha de navio de assistência hospitalar no combate à pandemia da covid-19. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 79, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/79/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

COSTA, V. C.; CUNHA, M. B. da. O crack em Manguinhos: a experiência de agentes sociais do território. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 25-35, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/25-35/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Orgs). **Qualificação Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, p. 415-26, 2011.

CRUZ, J. R. **O impacto da vulneração na subjetividade das pessoas em situação de rua: colaboração da Bioética da Proteção**. 2018.

CRUZ, S. D.; NAKANISHI, M. Atenção em saúde bucal para pessoas em situação de rua: um componente do Consultório na Rua. CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 31, 2017, São Paulo. **Anais Eletrônicos 14º Mostra de Experiências dos Municípios- 7º prêmio David Capistrano**. São Paulo: SMS, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2017/sms-12731/sms-12731-9537.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CUNHA, A. T. R. et al. População em Situação de Rua: o Papel da Educação Médica ante a Redução de Iniquidades. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, supl. 1, e136, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022020000500403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000500403&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

DAGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. 2002. 201f. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001. 147f. (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DE TILIO, R.; OLIVEIRA, J. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 101-13, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287146384012.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

DESAFIO mais saúde na cidade: UBS Pari: Consultório na Rua. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2016. 1 vídeo (2:13 min). Recurso Multimídia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=G6A2d5s07Yo>. Acesso em: 16 nov. 2020.

DIAS, I. P. **O acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde segundo a percepção de trabalhadores de Consultório na Rua**. 2016.

DONABEDIAN, A. "The Quality of Care - How Can it be Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988.

DUARTE, A. H. C. O acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 18, n. 2, p. 34306, 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/34306/19496>. Acesso em: 16 nov. 2020.

- DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 291 p.
- ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 4, p. 633-47, 2008.
- ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 1839-1848, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n6/1839-1848/es/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- ENGSTROM, E. M. et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 50-61, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe7/50-61/pt>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO. Universidade Federal Fluminense. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua**. 2014.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-21, 2004.
- FERREIRA, C. P. da S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00070515, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n8/e00070515/pt/>. Acesso em: 16 Nov. 2020.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C. et al., (Orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-13.
- FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- FRANÇA, D. A. de. **A psicopatologia fenômeno-estrutural na clínica do acompanhamento terapêutico em grupo**. 2016. 289f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- FRIEDRICH, M. A. et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13443/10889>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2327-38, 2018.
- GONÇALVES, C. G. O. et al. Characterization of hearing thresholds from 500 to 16,000 hz in dentists: a comparative study. **International archives of otorhinolaryngology**, v. 19, n. 2, p. 156-60, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-48642015000200156&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-48642015000200156&script=sci_arttext). Acesso em: 16 nov. 2020
- GRANJA, M. C. L. M.; LIMA, F. L. T. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.

- 66, n. 2, p. e-09816, 4 jun. 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100244/barreiras-a-prevencao-do-cancer-e-tratamento-oncologico-para-a\\_t0o3pcO.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100244/barreiras-a-prevencao-do-cancer-e-tratamento-oncologico-para-a_t0o3pcO.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.
- HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-504, 2015.
- HARTZ, Z. M. de A. Verbete Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- HEFLIN, K. J.; GILLET, L.; ALEXANDER, A. Lessons from a Free Clinic During Covid-19: Medical Students Serving Individuals Experiencing Homelessness Using Tele-Health. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 43, n. 4, p. 308-11, 2020. Disponível em: [https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2020/10000/Lessons\\_from\\_a\\_Free\\_Clinic\\_During\\_Covid\\_19\\_9.aspx](https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2020/10000/Lessons_from_a_Free_Clinic_During_Covid_19_9.aspx). Acesso em: 16 nov. 2020.
- HINO, P. et al. O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3095, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100397&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100397&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA]. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília: IPEA, 2020.
- JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas**. Campinas: Editora Alínea, 2016.
- KAMI, M. T. M. **Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no consultório na rua: subsídios para elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico**. 2015. 146f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015.
- KAMI, M. T. M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160069, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300213&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300213&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.
- KANTORSKI, L. P. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 343-55, 2009.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de quarta geração: aplicações no campo da saúde mental. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Unicamp, 2011.
- KOOPMANS, F. F. et al. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 17, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6277/html>. Acesso em: 16 nov.2020.
- KRAWCZYK, N.; KERRIGAN, D.; BASTOS, F. I. The quest to extend health services to vulnerable substance users in Rio de Janeiro, Brazil in the context of an unfolding economic crisis. **International Journal of Health Services**, v. 47, n. 3, p. 477-88, 2017. Disponível

em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020731416679351>. Acesso em: 16 nov. 2020.

KRAWCZYK, N.; VELOSO FILHO, C. L.; BASTOS, F. I. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. **Harm reduction journal**, v. 12, n. 1, p. 24, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12954-015-0059-9>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LEAL, M. H. **Os olhares e a invisibilidade**: condições de saúde da mulher em situação de rua. Dissertação de Mestrado. Fiocruz Brasília. Brasília, 2020.

LEITÃO, E. F. et al. A prática cotidiana de saúde das profissionais do sexo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 295-304, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2259/2487>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LIMA, A. F. S. et al. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 53, e03495, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0080-62342019000100465\lng=en\nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LIMA, H. S. de; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 57 - 69, 2015. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697/pdf\\_10](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697/pdf_10). Acesso em: 16 nov. 2020.

LIMA, H. S. de; SEIDL, E. M. F. Consultório na Rua: percepção de profissionais e de usuários sobre redução de danos. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 11, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23443>. Acesso em: 16 de nov. 2020.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 12-7, 2007.

LIMA, R. T. de.; SILVA, E. P. da. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e fortalecimento da Institucionalização. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103-14, 2011.

LINDNER, L. C. **Dando uma moral' Moralidades, prazeres e poderes no caminho da adesão ao tratamento e da cura da tuberculose na população em situação de rua do município de São Paulo**. 2016. 206f. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-11052016-143251/en.php>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LINHARES, L. M. S. et al. Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 48, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2019.v53/48/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LONDERO, M. F. P. **Consultório na rua**: o desafio para um cuidado desejante em saúde. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-30484>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LONDERO, M. F. P.; PAULON, S. M. Por um devir bicicleta no apoio à rede de saúde. **Psicol. Soc.**, v. 30, e169755, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art\\_text&pid=S0102-71822018000100212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0102-71822018000100212&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, v. 18, n. 49, p. 251-60, 2014.

LOPES, L. E (Org.) **Caderno de atividades - tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.

MACEDO, F. S. de; MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 34-46, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n109/34-46/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MACERATA, I. M. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 207-19, 2014. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/46178>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; OLIVEIRA, A. M. de. A pesquisa-intervenção como pesquisa-apoio: o caso do POP RUA. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 37-48, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2019.v28n4/37-48/pt/#>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MACHADO, A. P. S. **O consultório na rua e a atuação do técnico em enfermagem: relato de experiência de uma aluna**. Monografia. 2013. 19f. Monografia (Curso Técnico em Enfermagem) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande Do Sul – IFRS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionadas/2013/29034/29034-514.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MACHADO, M. P. M. **As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal: características e desafios**. 2017. 140f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo. Brasília: Fiocruz, 2017a.

MACHADO, M. P. M. **Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua**. 2017. 98f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017b.

MACHADO, M. P. M.; PASSOS, M. F. D. O uso do world café como método de pesquisa junto às equipes de saúde. **Rev. Brasileira Promoção de Saúde**, v. 31(Supl), p. 1-10, 2018.

MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E.T. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280413, p. 1-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n4/e280413/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MAGALHÃES, J. Clínica do consultório na rua. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 17, n. 1, p. 14-33, 2018. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1506/1261>. Acesso em: 16 de nov. 2020.

MANCHINI, V. L. M. O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo, SP. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Acesso em: 16 nov. 2020.

MANN, C. G.; MONTEIRO, S. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos**

- de Saúde Pública**, v. 34, p. e00081217, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n7/e00081217/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, 1990.
- MARIANO, G. G. **Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa**. 2019. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Acesso em: 16 nov. 2020.
- MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.
- MEDEIROS, C. R. S.; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade [online]**. 2018, v. 27, n. 3, p. 754-68. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2018.v27n3/754-768/pt/#>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde. Mimeo, 2002.
- MENDONÇA, C. S. et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2247-57, 2020.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-60.
- METIDIARI, M. M. et al. Noise-Induced Hearing Loss (NIHL): literature review with a focus on occupational medicine. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.**, v. 17, n. 2, p. 208-12, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-48642013000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-48642013000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 16 nov. 2020.
- MEYER, S. H. B. **A arte ressignificando a história de vida de um morador de rua em atendimento no consultório na rua, pintando saúde do Grupo Hospitalar Conceição**. Tese. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-34366?lang=fr>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- MICHAELIS. Dicionário Eletrônico. **Prática**. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=pr%C3%A1tica>. Acesso em 13 dez. 2020.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2007.
- MIRANDA, W. D. et al. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e182, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e182/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- MONTEIRO-JUNIOR, R. S. et al. COVID-19 pandemic: a multinational report providing professional experiences in the management of mental health of elderly. **International Psychogeriatrics**, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/covid19-pandemic-a-multinational-report-providing-professional-experiences-in-the-management-of->

mental-health-of-elderly/D63D0FD6B84D0C63F761856A09E69E53. Acesso em: 16 nov. 2020

MORAES, M. F. C. V. et al. Selamectin for the prevention of canine *Dirofilaria immitis* infection: field efficacy in client-owned dogs in a high risk area. **Parasites & vectors**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2016. Disponível em: <https://parasitesandvectors.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13071-016-1697-9>. Acesso em: 16 nov. 2020.

NEDEL, F. B. et al. Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041-52, 2008.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-9, 2000.

NOVAES, J. V. et al. As crianças que ninguém quer: a clínica psicanalítica em uma instituição de portas abertas. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 16-29, 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672009000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. **Como deve ser utilizada a Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS AB?**. 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/como-deve-ser-utilizada-a-ficha-de-atividade-coletiva-do-e-sus-ab/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R.; ANDRADE, M. V. **A relação entre a Atenção Primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros**. Texto para discussão nº 363, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

OLIVEIRA, C. L. **A clínica nas ruas: uma reflexão acerca do trabalho de um consultório na rua**. Tese. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-34331>. Acesso em: 16 nov. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 71-83, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE [OPAS]. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília: OPAS; 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE [OPAS]. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**. Módulo 4: vigilância em saúde pública. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde, 2010. 52 p.: il. 7 volumes.

PACHECO, M. E. A. G. Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 26, n. 1, p. 43-58, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922014000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. Thousands Oaks London, New Delhi: Sage, 1997.

PAULA, H. C. et al. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2843-7, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001202843&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001202843&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 16 nov. 2020.

- PEITER, P. et al. Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health. **Social Science & Medicine**, v. 227, p. 111-8, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953618305422>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS**. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 1995.
- PEREIRA, J. B. O paciente ambulatorial: critérios de recuperação cardiocirculatória. **Rev. bras. anesthesiol**, p. 371-8, 1983. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-17150>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- PEREIRA, K. B. C. **Perspectivas para a organização da atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro frente a nova política nacional de atenção básica**. 2019. 41f. Monografia (Especialização em Gestão de Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [http://catalogo-redesirius.uerj.br/sophia\\_web/asp/prima-pdf.asp?codigoMidia=1062&iIndexSrv=1](http://catalogo-redesirius.uerj.br/sophia_web/asp/prima-pdf.asp?codigoMidia=1062&iIndexSrv=1). Acesso em: 16 nov. 2020.
- PÉRULA, L. A. et al. Effectiveness of Motivational Interviewing in improving lipid level in patients with dyslipidemia assisted by general practitioners: Dislip-EM study protocol. **BMC family practice**, v. 12, n. 1, p. 125, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-12-125>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Apresentação. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.
- PINHEIRO, R. et al. **Amor mundi, políticas da amizade e cuidado: a integralidade e a polifonia do cotidiano da saúde**. Rio de Janeiro: FGB/Pembroke Collins, 2019. 208 p.
- PINTO, A. H. et al. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3513-20, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236025/30870>. Acesso em: 16 nov. 2020
- PONCZEK, I. S. O lugar da psicanálise na justiça: lei, drogas e tratamento. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 39, n. 3, p. 177-82, 2005. Disponível em: [http://febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/xx\\_cbp\\_ivone.doc](http://febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/xx_cbp_ivone.doc). Acesso em: 16 de nov. 2020.
- POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO de rua em tempos de coronavírus?. Diretor: Assessoria de Comunicação da Fiocruz Brasília, Produção: Fiocruz Brasília. Brasília: Fiocruz, 2020. 1 arquivo MP4 (3mim 02s), son., color. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40648>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- PROFISSIONAL em Saúde Coletiva da CRH/SES. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018. Acesso em: 16 de nov. 2020.

QUEIROGA, R. P. F. **Ações para controle da tuberculose na população em situação de rua**: fatores associados e desempenho de profissionais da Atenção Primária à Saúde. 2018. 113f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ENFC-B9CHC2>. Acesso em 16 nov. 2020.

QUEIROZ, I. S. **Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas**. Brasília: Psicologia: Ciência e Profissão; 2001.

RAMOS, D. R.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n.1, p. 27-34, 2003.

REBELO, P. G.; ORMONDE, J. V. C.; ORMONDE FILHO, J. B. C. Congenital esophageal stenosis owing to tracheobronchial remnants. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 3, p. 406-10, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000300406&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000300406&script=sci_arttext). Acesso em: 16 nov. 2020.

RELATOS de experiências. Fotovoice e o cuidado às pessoas em situação de rua. Canal Profissional, 2017. 1 vídeo (7:10 min). Recurso Multimídia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=n2b9vg302CU>. Acesso em: 16 nov. 2020.

REIS JUNIOR, A. G. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2011.

REZENDE, M. A. de. **Caminhos do Cuidado**: uma análise da formação do currículo em saúde mental, crack, álcool e outras drogas para o agente comunitário de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem. 2017. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

ROCHA, J. S. Y.; CACCIA BAVA, M. C. G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14 (supl 01), p. 1336-45, 2009.

RODRIGUES, L. O. V. et al. Perfil de usuários de crack no município de Santos. **Temas psicol.**, v. 25, n. 2, p. 675-89, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000200014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

ROSA, A. S.; SANTANA, C. L. A. de. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 1, p. 465-6, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700465&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700465&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

ROUQUAYROL, M. Z. Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia e saúde**. 4a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. p. 23-71.

SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. S. (Orgs.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua**: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, C. F. **Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua**: um olhar para além das políticas públicas. 2013. 26f. Monografia. (Especialização em Saúde Mental) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande Do Sul – IFRS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2013/31187/31187-698.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SANTOS, C. F.; CECCIM, R. B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 22, n. 67, pp. 1043-52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n67/1043-1052/pt/#>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SANTOS, C. M. J. dos. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: analisando sua interface com o monitoramento e avaliação da atenção básica em uma gestão municipal. 2016. 222F. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília – UnB, Brasília. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Regional de Saúde Oeste. **Construção de Rede Psicossocial para Implantação do Projeto "De Braços Abertos" na Vila Leopoldina**. São Paulo, CROESTE-Produção, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2015/sms-9721/sms-9721-6680.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal da Saúde. 2015. 1 vídeo (2:53 min). Recurso Multimídia. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=BKczEL\\_eLyI](https://www.youtube.com/watch?v=BKczEL_eLyI). Acesso em: 16 nov. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal da Saúde. **Documento Norteador dos Consultórios na Rua o Consultório na Rua**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SAÚDE em movimento: inauguração UBS Recanto Campo Belo.

SAÚDE em movimento: obras da UBS pró morar na Zona Leste. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2016. 1 vídeo (1:19 min). Recurso Multimídia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=irYC5mXzSWs>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SAÚDE em movimento: seminário do SP carinhosa discute saúde e educação. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2016. 1 vídeo (2:26 min). Recurso Multimídia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ynameUasdzs>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p.10-6.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. **Revista Saúde e Debate**, v. 39, p. 246-56, 2015

SILVA, C. V. V. da. **População em situação de rua: um olhar da terapia ocupacional**. 2020. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119094/sp-431-populacao-em-situacao-de-rua-um-olhar-da-terapia-ocupacional.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SILVA, E. N. et al. A systematic review of economic evaluations of interventions to tackle tuberculosis in homeless people. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e40, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e40/en/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

- SILVA, F. C. S. et al. Mulheres na cirurgia vascular: uma breve análise do perfil brasileiro. **J. vasc. bras.**, v. 17, n. 2, p. 128-35, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492018000200128&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492018000200128&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L.M. V. (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
- SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S.; ARAÚJO, A. B. V. L. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cad. saúde colet., Rio de Janeiro**, v. 26, n. 3, p. 285-91, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2018000300285&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000300285&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.
- SILVA, M. C. da. **Das impermanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como extituição**. 2019. 166f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- SILVA-FHON, J. R. et al. Causas e fatores associados às quedas em idosos. **Doente univ**, México, v. 16, n. 1 31-40, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000100031&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100031&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.
- SIMÕES, T. R. B. A. et al. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 963-75, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n114/963-975/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- SIQUEIRA, P. M. de. **(Des)Aprendências nômades com os viventes da rua: sobre os modos outros de estar na vida**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 289-301, 2018.
- SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência Saúde Coletiva**, v. 14, (supl 1), p. 1325-35, 2009.
- SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório na Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. **Caderno de Terapia Ocupacional**, v. 22, p. 37-47, 2014.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec; 2015.
- TEIXEIRA, M. B. et al. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 92-101, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe7/92-101/pt>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- TIMÓTEO, A. V. G et al. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió-AL. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 126-30, 2020. Acesso em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2757/716>. Acesso em: 16 nov. 2020.

TORRES, R. S.; SANTOS, F. L. **Ficha de atendimento individual- Ficha CDS de Procedimentos**. WebPalestra, Telessaúde, RS, UNA-SUS, (02 dez. 2014). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2212>. Acesso em: 16 nov. 2020.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 5190-8, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-74, 2008.

VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R. W. S.; PAES-SOUSA, R. **O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil**. UNESCO, 2006.

VALE, A. R. do; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 24, n. 1, p. 42-51, 2019.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. 2018, v. 42, e170. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e170/pt/#>. Acesso em: 16 nov. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n 1, p. 80-91, 1994.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 62, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/62/pt/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

VIEIRA T. S.; RIGATTO, W. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3481-90, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **A construção do cuidado integral em redes às pessoas em vulnerabilidades pelo consumo de substâncias psicoativas** [Recurso eletrônico]. Florianópolis. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2612>. Acesso em: 16 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Singularidades no cuidado da RAPS** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 76 p. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Organização, competências, responsabilidades e singularidades de cada ponto de atenção da RAPS** [Recurso eletrônico]. Florianópolis. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1833>. Acesso em: 16 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Ações de Fortalecimento da Atenção Básica**. São Luís, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10378> >. Acesso em: 16 nov. 2020.

WEISER, S. D. et al. Brief report: Factors associated with depression among homeless and marginally housed HIV-infected men in San Francisco. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 1, p. 61-64, 2006. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1111/j.1525-1497.2005.0282.x>. Acesso em: 16 de nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global Tuberculosis Report 2015**. 20th ed. Geneva: World Health Organization; 2015.

ZAPAROLI, V. **Consultório na rua: compondo cuidado em redes**. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047575>. Acesso em: 16 nov. 2020.

**APÊNDICE A – Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua**

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continua).

REVISÃO NA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE						
Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO	RESOLUTIVIDADE DA ECR	CRITÉRIOS MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ECR	OBJETIVOS DA ECR
1	Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió – AL	Timóteo, Aryanna Vanessa Gomes; Silva, John Victor dos Santos; Gomes, Larissa Karolline Gonçalves; Alves, Ahyas Sydcley Santos; Barbosa, Vívian Mayara da Silva; Brandão, Thyara Maia.	2020	Recomenda-se que a eCR desenvolva ações individuais e coletivas, promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde dentro do contexto desta população	-	Ser porta de entrada para os serviços e a rede de saúde.
2	Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa	Mariano, Gabriel Gonçalves.	2020	-	-	A eCR na Rua se destaca como estratégia de atendimento integral à saúde para a PSR, atuando de forma descentralizada, multiprofissional, dentro das diretrizes da AB.
3	Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua	Friedrich, Melina Adriana; Wetzel, Christine; Camatta, Marcio Wagner; Olschowsky, Agnes; Schneider, Jacó Fernando; Pinho, Leandro Barbosa de; Pavani, Fabiane Machado.	2019	-	-	A eCR é ponte, favorecedora do acesso a outros serviços da rede (SUS e SUAS), respeitando as escolhas do PSR, viabilizando direitos e cidadania. A eCR não objetiva, necessariamente, fazer as pessoas saírem da rua.

Ilustração 30 – Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

4	Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua	Granja, Mayara Castro Lustosa Moura; Lima, Fernando Lopes Tavares de.	2020	<p>Há, pela eCR acompanhada, uma priorização das ações assistenciais individuais sobre as ações coletivas, o que limita os resultados à atenuação do estado de vulneração. [...]</p> <p>A ênfase na educação e na prevenção primária parece ser indispensável e o caminho mais eficaz, haja vista a ampla exposição dessa população aos fatores de risco [...]</p> <p>A disponibilidade da eCR em acompanhar o usuário encaminhado para um serviço de alta complexidade ou distante. Apesar dessa disponibilidade ser positiva, ela é fruto de situações negativas, como a preocupação da eCR com o tratamento que será dado à PSR e com a dificuldade do usuário em expressar as suas necessidades.</p>	Pessoas cadastradas	-
5	O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios	Vale, Aléxa Rodrigues do; Vecchia, Marcelo Dalla.	2019	A orientação sobre os direitos da PSR, o agendamento de consultas e exames e a retirada de documentos, o que requer uma articulação intersetorial, e uma rede que atue de forma integrada visando garantir o acesso aos direitos sociais para esse público.	Reuniões que antecedem e sucedem as atividades de campo	-

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

6	Funcionamentos de instituições em cenas de uso de crack: um estudo etnográfico	Araujo, Erick.	2019	A eCR não lida apenas com as cenas na rua, mas também com uma rede de serviços e circunscrições administrativas, o que quer dizer que se estipula um organograma no qual desenham-se os encaminhamentos possíveis para a PSR a outros serviços.	-	<p>O objetivo das eCR é facilitar o acesso da PSR aos serviços de saúde.</p> <p>A eCR apresenta-se como uma inovação nos serviços de saúde e promove modificações, mesmo que momentâneas, nos outros serviços que atuam nas cenas de uso de crack ou atendem pessoas que os frequentam, devido à criação e à recriação de seu modo de funcionar mediante um encontro entre heterogêneos como heterogêneos: entre um serviço de saúde aberto a transformar-se e pessoas dispostas a usarem-no de acordo com suas existências.</p>
7	Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá	Bittencourt, Marina Nolli; Pantoja, Paulo Victor das Neves; Silva Júnior, Paulo Cesar Beckman da; Pena, José Luis da Cunha; Nemer, Camila Rodrigues Barbosa; Moreira, Rafael Pires.	2019	-	-	<p>Ser a porta de entrada prioritária da PSR na AB e no SUS, fortalecendo vínculos entre a PSR e a rede local</p> <p>As eCR tem de operar o cuidado e atenção enquanto profissionais da AB, com a disponibilidade da equipe com o cuidado livre de estigmas e facilitador do relacionamento terapêutico. Devem ter práticas na perspectiva da Clínica Ampliada.</p>

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

8	O acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do consultório na rua	Duarte, Afrânia Hemanuely Castanho.	2019	O acolhimento e a busca ativa com enfoque no espaço da rua (“persistência acolhedora”). Para isso são pensadas com base na relação de confiança, respeitando o momento desses usuários. E o trabalhador não desiste, mesmo sem ter tido resultados por vezes nada concretos nesses primeiros encontros	-	A eCR desenvolve ações no campo da AB e da SM junto à PSR in loco, de forma itinerante e compartilhada com outros pontos de atenção à saúde. 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. Garante acesso tensionando a rede.
9	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto	Santos, Carla Félix dos; Ceccim, Ricardo Burg.	2018	As atividades da eCR são divididas por microáreas e os trabalhadores se dividem nestes espaços, atuando em dias fixos da semana, como estratégia de vinculação com a PSR (rotina de território)	Reuniões para discussão de casos. As propostas de cuidado devem ter em conta condições subjetivas e viabilidades reais. As propostas de cuidado são pactuadas com os usuários. Reuniões para discussão do processo de trabalho, nas quais o trabalhador expõe suas percepções, incômodos, ideias e de seus estranhamentos (momentos educossanitários).	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

10	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores	Medeiros, Cristiane Reis Soares; Cavalcante, Pedro.	2018	-	Nº de eCR implantada em relação as eCR credenciadas. Monitoramento da implantação das eCR pactuadas por meio do Programa Crack é Possível Vencer e as estratégias de apoio a implementação utilizadas.	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores
11	População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis	Campos, Ariane	2018	Relação sistemática com estudantes (IEP), sobretudo aos sábados, com grupos populacionais que não utilizam a UBS em dias úteis, ofertando exames de Papanicolau, testagem rápida de HIV, grupo de planejamento familiar e distribuição de material informativo e de preservativos.	-	A eCR tem como premissa ser porta de entrada do sistema de saúde e propiciar e coordenar atenção integral e longitudinal Deve ofertar cuidado de saúde englobando: consultas médicas e de enfermagem, além de outras especialidades apoiadas pelos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB); grupos de educação em saúde; vigilância em saúde; acompanhamento para outros serviços; e parceria com equipamentos sociais (abrigo, higiene, alimentação, documentações, capacitações para o trabalho etc.).

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

12	Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão	Silva, Lílea Marianne Albuquerque; Monteiro, Ive da Silva; Araújo, Ana Beatriz Vasconcelos Lima de.	2018	As atividades de educação permanente e a inclusão dos profissionais da saúde bucal	-	-
13	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica (repetido 3vzs)	Vargas, Everson Rach; Macerata, Iacã.	2018	Os aspectos invisíveis da rua apresentam-se como dinâmicas relacionais que usuários ou grupos estabelecem num determinado território. Essa dimensão subjetiva da rua fala das relações que se estabelecem nela, do lugar que ela ocupa na vida dos sujeitos (lugares afetivos e simbólicos). Estes aspectos devem ser considerados na organização do processo de trabalho da eCR. É preciso organizar o espaço da sede (UBS) como um espaço de acolhimento para os usuários, onde os fluxos do espaço se adequem à rua: flexibilização e alteração dos horários de funcionamento, dos documentos exigidos para atendimento, dos modos de ouvir, falar e orientar, enfim, acolher.	Os aspectos visíveis da rua são os que podem ser mapeados e sistematizados: o número de pessoas, a delimitação territorial, os dados epidemiológicos que subsidiam a avaliação e o monitoramento das práticas, as situações concretas de violência, os recursos disponíveis, entre muitos outros.	As eCR tem como função prioritária o desenvolvimento de cuidados primários e a garantia de acesso às ações e serviços de saúde para PSR no próprio ambiente da rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e emergência. Busca também a proteção contra os riscos, combinada com a busca da garantia de seus direitos. Buscam efetivar a equidade e o acesso a ações e serviços de saúde para a PSR. A eCR não deve ser um serviço especializado, mas sim específico para a PSR. A eCR coloca em análise as práticas em saúde de um território.

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

14	Clínica do consultório na rua: atenção à população em situação de rua no centro da cidade de São Paulo	Magalhães, Julia de Araújo.	2018	-	Faz parte essencial do trabalho das eCR, aqui ilustrado pelo fazer das agentes, ativar os territórios existenciais nos encontros que vão se produzindo cotidianamente. A proposta da eCR faz com que o serviço saia da instituição, e se encontre com a vida e sua complexidade.
----	--	-----------------------------	------	---	--

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

15	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde	Paula, Hermes Candido de; Daher, Donizete Vago; Koopmans, Fabiana Ferreira; Faria, Magda Guimarães de Araújo; Brandão, Paula Soares; Scoralick, Graziela Barbosa Freitas.	2018	<p>Após a análise da situação de saúde, a eCR oportunizou nos espaços da própria rua, consultas de psicologia, de enfermagem, médicas e de serviço social. Também sendo ofertados procedimentos, como realização de curativos, pré-natais, testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites virais, mensuração de glicose, aferição de pressão arterial, observação direta da tomada de medicamento para o tratamento da tuberculose e serviços de educação em saúde, entre outros.</p> <p>[...] observou-se que os atendimentos realizados não geraram resultados satisfatórios, pois a equipe trabalhava com a lógica de agendamentos prévios, o que distanciava estes indivíduos do processo de cuidado.</p> <p>Observou-se que a permanência destes indivíduos na unidade gerava uma grande ansiedade relacionada, sobretudo, a preocupações relacionadas aos horários das refeições nas unidades de abrigamento, compromisso com fontes informais de renda e dificuldades de adaptação às normas sociais preconizadas pela equipe de saúde. Foi necessária uma modificação no processo de trabalho, pautando o acesso na demanda espontânea.</p> <p>Outra transformação foi a não obrigatoriedade de documentação original da PSR para os atendimentos de saúde.</p>	<p>Desvendar os saberes relativos ao processo saúde-doença que orientam as trajetórias de vida. Deste modo, construiu-se um instrumento semiestruturado, baseado na ficha de cadastro da PSR que produziu um diagnóstico das condições de saúde desta população e, posteriormente, um retrato epidemiológico do território. O perfil clínico epidemiológico do território apontava a prevalência de tuberculose, Infecções Sexuais Transmissíveis (IST - como HIV, sífilis e hepatites virais), doenças de pele, úlceras em membros inferiores, problemas psiquiátricos, e o uso abusivo de álcool e de outras drogas.</p> <p>Estudos e estratégias específicas para a PSR estão sendo desenvolvidas por pesquisadores de diversas Universidades norte-americanas como de Birmingham, Pittsburgh, Boston, incluindo a Johns Hopkins University, de Baltimore. Estas pesquisas construíram um instrumento de avaliação do cuidado à PSR na APS, levantando aspectos Como acessibilidade, relacionamento entre profissionais e pacientes, como respeito, confiança e percepção de competência, satisfação do cuidado prestado, integração com outros serviços e continuidade do cuidado.</p>	-
----	--	---	------	--	--	---

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

16	Competências para o trabalho nos consultórios na rua	Machado, Marcelo Pedra Martins; Rabello, Elaine Teixeira.	2018	Protocolos Clínicos [...] Sabe-se que as articulações intersetoriais podem definir os limites de resolutividade de cada eCR, promovendo um maior entendimento sobre as necessidades da população atendida [...] Além disso, a atitude de “ter credibilidade junto à rede”. Dito de outro modo: se a eCR não conseguir ofertar concretamente ações de cuidado para a população que atende e a maior oferta da equipe for o encaminhamento, provavelmente isso será um problema em potencial na construção da credibilidade junto à rede.	Competências concernentes ao processo de trabalho na equipe, como capacidade de organizar a gestão do trabalho e da clínica da eCR, privilegiando a utilização sistemática de informação (dados epidemiológicos, clínicos, territoriais, culturais, da rede local, etc.).	-
17	Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida	Abreu, Deidvid de.	2017	-	-	A RD torna-se uma estratégia de ampliação da vida, pois além de trabalhar questões relacionadas ao uso de drogas e à saúde geral, também busca sensibilizar à PSR para participação e engajamento, tanto no autocuidado em saúde quanto na vida social, principalmente no seu reconhecimento como sujeito de direito

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

18	Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua	Cardoso, Aline Costa; Santos, Débora de Souza; Mishima, Silvana Martins; Anjos, Danielly Santos Cardoso dos; Jorge, Jorgina Sales; Santana, Hiule Perreira de.	2018	<p>O acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS): há uma necessidade complexa, digamos assim, porque exige uma rede. [...], a questão da necessidade de ter uma habitação, de ter segurança pública, de fazer parte do programa de assistência social e também da gente em relação à saúde, as demandas... Marcação de consulta, exames, acompanhamentos a outros serviços. Para os trabalhadores, o acesso a esses dispositivos possibilitaria maiores chances de resolubilidade das necessidades desses usuários. No tema, “Planejamento estratégico e trabalho em equipe como instrumentos da organização do processo de trabalho”, foi identificada a seguinte lógica de organização de trabalho: nós temos o pré e o pós-campo nas equipes. Então no pré-campo toda equipe se reúne, determina o campo que vai ser visitado, as demandas que são mais frequentes daquele local e se ficou pendente do atendimento anterior, para que a gente possa já nesse dia estar dando a resposta para o sujeito. [...] Observa-se que os enfermeiros entrevistados imprimem as características do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) na organização de seu trabalho.</p> <p>Há a valorização de tecnologias relacionais e esforços de criatividade para driblar as carências estruturais do cuidado na rua.</p> <p>Os enfermeiros apontam um elemento do trabalho fundamental e integrador neste processo: a equipe multiprofissional e interdisciplinar.</p>	-	-
----	--	--	------	--	---	---

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

19	Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos	Lima, Helizett Santos de; Seidl, Eliane Maria Fleury.	2017	Ações e intervenções cotidianas com base em RD, como estratégia de propiciar cuidado com a participação dos usuários, educação permanente e insumos. [...] A eCR oferece cuidados baseados na demanda da clientela atendida, bem como na escuta, diálogo e respeito aos direitos humanos.	-	A eCR busca o contato com o usuário in loco, na rua, bem como a identificação das necessidades e, demandas da clientela a partir de escuta. Seus principais objetivos são: minimizar a vulnerabilidade social, o sofrimento físico e mental; reduzir os riscos e danos à saúde; desenvolver ações de promoção da saúde e cuidados básicos no “espaço da rua”; bem como garantir o resgate da cidadania e respeito a essa população altamente estigmatizada (Borysow & Furtado, 2017; Brasil, 2011; Pacheco, 2014). Foco na RD e não a abstinência; acesso ao cuidado; reduzir preconceitos; minimizar sofrimento; valorizar o respeito para com o outro; construir uma rede de atendimento; integração com às políticas de SM.
20	O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal	Araújo, Amauri dos Santos; Santos, Amuzza Aylla Pereira dos; Lúcio, Ingrid Martins Leite; Tavares, Clodis Maria; Fidélis, Elaine Priscila Bezerra.	2017	-	Nº de consultas pré-natal	-

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

21	Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack	Araújo, Erick; Schramm, Fermin Roland.	2017 A criatividade da eCR apressa-se para poder engrenar-se à criatividade existencial das vidas na rua. Princípios de uma clínica na rua: subtração O princípio de subtração é colocado em funcionamento pela eCR, não que a equipe finja não ver o crack; ela vê, conversa-se sobre ele, a diferença é que na cena a equipe “subtrai” o crack como inimigo, como agente epidêmico [...] Princípios de uma clínica na rua: passagem. O princípio de passagem é definido pela busca por fazer algo passar. Ou seja, implica em não haver passividade no ato de escuta colocado em prática pelo eCR a partir da pergunta “você está precisando de alguma coisa da área da saúde?”. Princípios de uma clínica na rua: engate. Engatar-se a uma existência como um componente, não a fazer girar a seu redor: tal é o princípio de engate. Isso quer dizer que se lida com movimentos, fluxos. O funcionamento da eCR se dá por engate a certos fluxos (assim como por bloqueios a outros, como é o caso da tentativa de bloqueio em relação a pessoas que passam a ser domiciliadas).	A eCR funciona mais por princípios do que por metas quantitativas, como explicitado na fórmula de integrante da equipe: “a produção é zero, mas existe produção”.	O surgimento da eCR se dá devido à existência de bloqueios formais e informais ao acesso da PSR ao SUS e, em especial, aos serviços da AB. Diante disso, o objetivo da eCR é facilitar o acesso. Expressa-se a reorientação dos serviços de saúde para grupos vulneráveis atuando na prevenção, promoção e atenção com enfoque na integralidade das ações de saúde e na perspectiva de um cuidado ampliado com respeito ao contexto sociopolítico em que se inserem, bem como com as peculiaridades culturais locais.
----	---	--	--	---	---

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

22	Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso	Simões, Tatiana do Rego de Bonis Almeida; Couto, Maria Cristina Ventura; Miranda, Lilian; Delgado, Pedro Gabriel Godinho.	2017	Os profissionais destacaram o matriciamento, a atenção psicossocial e a redução de danos como estratégias que orientam o trabalho em equipe, a relação com a rede de saúde e intersetorial e a forma de abordagem dos usuários.	-	A eCR da Bahia tinha o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, especialmente os segmentos mais vulneráveis e consumidores de crack, sempre por meio de ações na rua.
23	Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. (repetido 2 vzs)	Abreu, Deidvid de; Oliveira, Walter Ferreira de.	2017	-	-	A eCR é estratégia e ponto de atenção da RAPS, que deve incorporar a RD de forma transversal em sua prática.
24	Diálogos na Luz": uma intervenção psicológica a partir da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde na "Cracolândia"	Cardoso, José Tiago; Cunha, Flávia de Lima; Silva, Milena Vieira; Miyamoto, Milena Castilho; Queiroz, Rosemary da Silva.	2017	-	-	A eCR busca objetivos como a autonomia, a produção de espaços de cuidado em saúde, também marcada por uma constante reflexão acerca dos processos da tradicional clínica psicológica e pela busca da construção de um espaço para uma clínica em movimento, ampliada e compartilhada.

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

25	Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua (repetido 2 vzs)	Alecrim, Tatiana Ferraz de Araújo; Mitano, Fernando; Reis, Amanda Alessandra Dos; Roos, Cristine Moraes; Palha, Pedro Fredemir; Protti-Zanatta, Simone Teresinha.	2016 A eCR tem a capacidade de motivar para a mudança e respeitar o tempo do outro. Encontraram na insistência, na persistência, nas orientações em linguagem compreensível, no respeito à liberdade de escolha e na oferta de encaminhamentos que melhoram as condições de vida do sujeito, maneiras de construir ferramentas para promover o cuidado. [...] Nesse sentido, em relação aos incentivos observa-se que os trabalhadores são afetados pela “naturalização” de que a PSR é sempre necessitada, entendem o banho, o vale-transporte e a cesta básica como recompensas para a permanência e continuidade do doente ao tratamento e que tais "recompensas" contribuem positivamente para o vínculo profissional e serviço de saúde.	Há fragilidades em relação à integralidade dos serviços de saúde, há falta de comunicação intersetorial.	-
26	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social.	Ferreira, Cíntia Priscila da Silva; Rozendo, Célia Alves; Melo, Givânia Bezerra de.	2016 Como uma concepção epistemológica e organizacional, a clínica ampliada projeta-se para além das doenças ao inserir questões de saúde que envolvem a vida e a vulnerabilidade das pessoas. Assim, a atuação gira em torno da utilização dos recursos ao alcance da população e dos profissionais, privilegiando o trabalho intersetorial, agregando diversas instâncias além das instituições de saúde	-	-

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

27	Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua (repetido 2 vzs)	Kami, Maria Terumi Maruyama; Larocca, Liliana Muller; Chaves, Maria Marta Nolasco; Piosiadlo, Laura Christina Macedo; Albuquerque, Guilherme Souza.	2016	<p>Como saber instrumental, o trabalho em equipe multidisciplinar foi considerado elemento que amplia a resolutividade da eCR, por promover a integração entre os trabalhadores.</p> <p>Nessa perspectiva, apontou-se a necessidade de investimento em profissionais especializados, com formação em Saúde Mental e Saúde Coletiva, na composição das eCR.</p>	-	A eCR visa ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde.
28	Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. (repetido 2 vzs)	Engstrom, Elyne Montenegro; Teixeira, Mirna Barros.	2016	Uma das primeiras atividades da eCR é a abordagem na rua por meio de visitas sistemáticas ao território para conhecê-lo, não apenas em sua dimensão geográfica, mas, também, em suas características ambientais, sanitárias e em suas áreas de risco e violência.	Nº de pessoas cadastradas O registro das informações era feito em diários de campo, não informatizados, preenchidos a cada visita de campo. Uma descrição detalhada da etnografia do ambiente, das cenas, dos moradores, das percepções e ações realizadas em campo era tema para discussão nas reuniões regulares da eCR, e subsidiava a melhoria da organização do processo de trabalho e planejamento das ações da equipe.	O objetivo da eCR, num primeiro momento, era inserir os usuários na rede de cuidado, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde, sem se tornar um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. Acolher e promover a inclusão das pessoas morando na rua à cidadania.

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

29	Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack	Macedo, Fernanda dos Santos de; Machado, Paula Sandrine.	2016	Para os profissionais o primeiro contato é geralmente realizado na rua, denominado de “captação” [...] O vínculo é uma estratégia que sustenta o trabalho no eCR com as gestantes e as demais PSR [...] Constroem projetos terapêuticos com as usuárias baseados em suas histórias, condições de vida, necessidades e desejos, mas consideram as particularidades em ser gestante, que impelem determinados procedimentos padrões, como a realização do pré-natal. De modo geral, as orientações e construção de estratégias de tratamento ocorrem por meio de conversas, na consulta na base ou ação na rua, em que discutem como a gestante se sente, o que a está incomodando, orientam sobre os riscos, sobre as patologias e, por fim, pensam modos de cuidado, como vai pegar o medicamento, como e quais serviços acessar.	-	-
30	Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua (repetido 2 vzs)	Rafael De Tilio Juliana de Oliveira	2016	-	-	A eCR deve ofertar cuidados multiprofissionais aos usuários em seus próprios contextos de vida e adaptados às suas especificidades, cujo objetivo é promover acessibilidade, integralidade dos cuidados em saúde para os usuários em situação de exclusão social a fim de possibilitar um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania

## Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

31	Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa	Kami, Maria Terumi Maruyama; Larocca, Liliana Müller; Chaves, Maria Marta Nolasco; Lowen, Ingrid Margareth Voth; Souza, Viviam Mara Pereira de; Goto, Dora Yoko Nozaki.	2016	A eCR consegue a intervenção resolutiva em saúde quando tem o objetivo de promover a integração entre os profissionais e desses com os usuários.	-	-
32	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	Silva, Carolina Cruz da; Cruz, Marly Marques da; Vargas, Eliane Portes.	2015	A prática se configura inicialmente no campo da intersubjetividade, que possibilitam a construção de vínculo entre os profissionais e os usuários, com vistas de construção de projetos terapêuticos [...] Por mais que houvesse muitas consultas marcadas, a maioria das demandas se apresentava de forma inesperada. O excesso desse tipo de demanda favorece um tipo de trabalho ambulatorial sem que haja por parte dos profissionais um conhecimento prévio e um acompanhamento da maioria dos usuários ao longo de seus itinerários terapêuticos, o que apresenta dificuldades em relação à integralidade do cuidado. [...] A fim de prover um cuidado integral, a equipe estudada vem buscando cotidianamente mapear e conhecer a rede de proteção social e suas diversas instituições governamentais e não governamentais direcionadas à PSR. Realizam-se visitas às instituições para conhecer o funcionamento e rotinas e procuram-se relacionar os serviços mapeados ao perfil e às necessidades dos usuários. Essas ações contribuem para a construção de oferta de serviços mais qualificados pela eCR.	Nº de pessoas cadastradas.  Houve a proposta de cadastro dos usuários em um modelo específico para essa população. O cadastramento era feito inicialmente na rua, posteriormente os próprios usuários foram se colocando contrários a relatar particularidades de sua vida nas cenas de uso da droga.	A eCR se constitui como uma das estratégias para o estabelecimento de elos de ligação entre o serviço de saúde e a PSR, sendo o encontro diretamente na rua um meio para a construção de vínculos que estimulem a ida dos usuários às unidades de saúde.

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

33	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade e (repetido 2 vzs)	Hallais, Janaína Alves da Silveira; Barros, Nelson Filice de.	2015	-	-	A eCR amplia o acesso e a qualidade da atenção integral a sujeitos marginalizados. Orientado para buscar alternativas para as diversas problemáticas vivenciadas no contexto da rua, atuando também garantia de direitos.
34	Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas	Lima, Helizett Santos de.	2015	A eCR atua em horários e dias definidos [...] O trabalho da eCR é voltado para as mudanças de comportamento que influenciam na melhoria de vida, bem como as ações de RD [...] equipe multidisciplinar. reforçando a relevância da articulação e do apoio entre os profissionais, de modo a propiciar segurança e confiança para a realização do trabalho na rua, minimizando os desafios dessa prática	-	-
35	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde	Londero, Mário Francis Petry; Ceccim, Ricardo Burg; Bilibio, Luiz Fernando Silva.	2014	As ações são construídas de acordo com as particularidades da pessoa e vulnerabilidades	-	A eCR oferta, para seus usuários, um serviço aberto e de demanda espontânea, busca acolher aquilo que a PSR está necessitando.

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

36	A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas (repetido 2 vzs)	Viviane Cássia Aranda de Souzaa, Andrea Ruzzi Pereira, Daniela Tavares Gontijo	2014	<p>Sistematização das ações da eCR no cotidiano. Realizam-se reuniões internas de planejamento antes de se sair para cada ação, nelas se define o que será feito, a área de ação e as ferramentas que serão utilizadas. Nesse momento, cada profissional relata se está preparado para participar das atividades do dia. Após a ação, a equipe se reúne para observar erros e acertos [...]</p> <p>Além disso, executam-se também planejamentos em médio prazo, nas quais faz-se o relatório do mês e o planejamento das atividades do mês seguinte. [...]</p> <p>Após o planejamento das ações inicia-se a observação do território, na qual se faz o monitoramento e o mapeamento da região, para conhecê-la (..)</p> <p>Após mapear o território iniciam-se a aproximação e a abordagem ao usuário, com a estratégia denominada “paquera pedagógica”, na qual o profissional fica parado com o instrumento musical até alguém do grupo ter interesse e aproximar-se. [...]</p> <p>Por ser uma clínica de rua, a eCR está sempre se adequando à dinâmica local, construindo o seu setting terapêutico, desterritorializado, com tecnologias livres e baseado no vínculo e no acolhimento. A equipe, deve conhecer as especificidades da população que será atendida e considerar sempre as características do território e o contexto atual</p>	<p>Outro aspecto abordado pelos profissionais da eCR foi a realização de encaminhamentos. O ato de encaminhar, para uma das profissionais, não é somente “dar o papel”, mas também acompanhar o processo junto aos serviços de saúde, assistência social, educação, entre outros setores da rede.</p>	<p>Objetivo ênfase nos indivíduos usuários de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua. Oferta articulação de serviços da área da saúde, educação, justiça e assistência social. A eCR trabalha em três eixos (prevenção, intervenção e encaminhamento), compondo um equipamento que articula as redes de Saúde Mental e de assistência social [...]</p> <p>Destacou-se que a eCR não tem o objetivo de higienizar o território, de tirar as pessoas da rua [...]</p> <p>A eCR serve como ponte para essa população, possibilitando sua inserção na rede de cuidado e proteção.</p> <p>O monitoramento das áreas de vulnerabilidade social também foi citado como objetivo do eCR. Além disso, na perspectiva dos sujeitos, o equipamento tem como meta “resgatar” pessoas em vulnerabilidade de álcool e outras drogas, possibilitando que saiam da margem e se reintegrem à sociedade [...]</p>
----	---	--	------	---	---	---

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

37	A construção do cuidado integral em redes às pessoas em vulnerabilidades pelo consumo de substâncias psicoativas. RECURSO EDUCACIONAL	Alves, Décio; Sawczen, Fabrício; Sanfelici, Agnes; Oliveira, Walter Ferreira de; Neto, Francisco Job.	2014	-	-	A eCR é parte da RAPS, na construção da rede de cuidado integral de base comunitária, para a superação do modelo hospitalocêntrico, valorizando a contratualidade e da coesão das equipes do território. As equipes da rede devem cuidar dos casos de forma ampla, com vistas à construção da autonomia e do protagonismo dos usuários, bem como da possibilidade de sua reintegração à família e à sociedade.
38	A arte resignificando a história de vida de um morador de rua em atendimento no consultório na rua, pintando saúde do Grupo Hospitalar Conceição	Meyer, Sandra Helen Bittencourt.	2014	A eCR pode oferecer atividades artísticas como meio de expressão, descoberta de habilidades adormecidas, resgate da autoestima.  Acompanhamento do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS).	-	A busca incessante da reinserção/inserção social do usuário (na coletividade, no mundo do trabalho, e na possibilidade de (re)construção de seus sonhos).
39	Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas.	Santos, Carla Félix dos.	2013	-	Proporção de homens e mulheres.	A eCR facilita o acesso à rede de saúde (as emergências clínicas e psiquiátricas), mais do que as demais equipes de AB Para a efetivação das práticas em saúde para a PSR e da garantia dos seus os direitos são preciso uma efetiva mudança no cenário atual que necessita da contribuição dos outros atores da saúde (intra-setorialidade).

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Continuação).

40	O consultório na rua e a atuação do técnico em enfermagem: relato de experiência de uma aluna. RECURSO EDUCACIONAL	Machado, Ana Paula da Silva.	2013	-	-	O papel da eCR na (re)inserção social do usuário é muito grande, tanto para que ele possa voltar para casa, como para obter um emprego e largar as drogas. Tudo isso, para que o usuário possa viver em contexto familiar novamente.
41	Experiência pop rua: implementação do "saúde em movimento nas ruas" no Rio de Janeiro, um dispositivo clínico/político na rede de saúde do Rio de Janeiro	Macerata, Iacã Machado	2013	-	-	A eCR acopla-se ao Saúde da Família, estendendo a atenção aos processos locais de saúde/doença também com o olhar acerca do "subjeto" nestes processos, nestas dinâmicas, agregando o olhar da RD.
<b>REVISÃO NA BVSMS</b>						
Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO	RESOLUTIVIDADE DA ECR	CRITÉRIOS MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ECR	OBJETIVOS DA ECR
42	Coronavírus Covid-19: Prevenção ao Covid-19 no âmbito das equipes de consultórios na rua.	Brasil, Ministério da Saúde	2020	-	-	As eCR devem estar articuladas com as demais equipes da AB, bem como ter a clareza do fluxo de atendimento à população em situação de rua na Rede de Urgência e Emergência (definido em cada localidade – município ou estado). Devem seguir o protocolo de manejo clínico do novo Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde

Ilustração 30 - Revisão de literatura do campo específico dos Consultórios na Rua. (Conclusão).

REVISÃO NO SCIELO						
Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO	RESOLUTIVIDADE DA ECR	CRITÉRIOS MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ECR	OBJETIVOS DA ECR
43	A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida (REPETIDO 2 VZS)	Engstrom, Elyne Montenegro; Lacerda, Alda; Belmonte, Pilar; Teixeira, Mirna Barros.	2020	Flexibilidade na forma de organizar o processo de trabalho, funcionamento como um serviço de baixa exigência, busca ativa nos territórios, atuar de forma itinerante, construção de planos terapêuticos compartilhados, que promovam autonomia, baseados na redução de danos. [...] Para facilitar o encontro dos usuários, as eCR, muitas vezes, utilizavam de estratégias simples em densidade tecnológica, como a oferta de um cartão, em papel, com número de telefone, caso o usuário necessitasse contato em situação de emergência clínica ou fosse abordado para recolhimento das ruas por outros setores do poder público. A possibilidade de utilizar a ‘carteira ampliada de serviços de saúde’ disponível na AB, reforçando a dimensão da integralidade do cuidado. [...] atuar no mesmo espaço físico da unidade de saúde possibilitava o estreitamento da relação com os demais profissionais, à medida que as eCR podiam colaborar para a elaboração de planos terapêuticos, referidos como ‘matriciamento’, nos casos de saúde mental, uso de álcool, violência familiar/social, não adesão a terapêuticas ou mesmo em atendimentos a situações de urgências/emergências de usuários domiciliados sob cuidado das ESF. Esse compartilhamento foi considerado como reconhecimento do trabalho das	As eCR realizavam os registros manuais (diários) ou em planilhas, as trocas e contatos informais com outras eCR e serviços, “porque o paciente é itinerante, só que os prontuários não são itinerantes”. Havia dificuldade de geração de informações, não permitindo conhecer indicadores epidemiológicos e aqueles resultantes de efeitos do cuidado prestado pelas eCR, informações essenciais para a tomada de decisão gerencial – um certo vazio informacional que contribui para a invisibilidade desse grupo populacional. [...] Com as informações do cadastro dos usuários, observou-se que a maioria era adultos jovens, embora houvesse idosos e poucas crianças; em sua maioria, eram homens, mas destacase a preocupação das eCR com as mulheres – mais vulneráveis ainda pela violência de gênero, estupros, gravidez indesejada, perda da guarda de seus filhos nascidos na rua.	A eCR lida com as inúmeras cargas de doença é desafio ampliado para as eCR, mais radical do que é para a ESF. Há a exigência da oferta mais ampliada de serviços/ações e apoio de uma rede de saúde e intersetorial.

			<p>eCR. [...]Além da importância das ações intersetoriais, a articulação com outros equipamentos de saúde também era imprescindível para a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção, mas, ao mesmo tempo, causadora de tensões, dificuldades e barreiras no processo de trabalho das eCR. Um exemplo é a regulação assistencial, que gerencia o acesso a serviços especializados na RAS e Raps e a internação hospitalar, que tinha fluxos muito rígidos, não considerava critérios como a gravidade, a situação de vulnerabilidade da PSR e a oportunidade daquele usuário que opera na lógica do ‘aqui e agora’, não estando disponível para consultas, exames ou procedimentos em serviços especializados em tempo futuro, daí a lógica da entrada dos usuários pelos serviços de emergência e pronto atendimento.</p>	
--	--	--	---	--

Fonte: O autor, 2021.

**APÊNDICE B** - Instrumento orientador para as entrevistas com os acadêmicos/pesquisadores, gestores e trabalhadores de eCR e usuários (pessoas em situação de rua)

### **Dados Gerais**

Local e Data:

Formação:

Tempo de formado:

Maior titulação:

Para os acadêmicos - Instituição de Ensino e Pesquisa (IEP):

Para os acadêmicos - Tempo de atuação na IEP:

Tempo de atuação junto aos Consultórios na Rua:

### **Questões Norteadoras**

1. Como foi a sua aproximação com os Consultórios na Rua?
2. Como você avalia a produção de conhecimento sobre estas equipes? (só para as entrevistas com os pesquisadores)
3. Me conte sobre o trabalho de um Consultório na Rua bacana. Como um Consultório na Rua tem de funcionar para você considera-lo bom?
4. Nisso que você acabou de me contar, o que poderia ter dar errado? O que pode fazer com que um Consultório na Rua trabalhe mal?
5. Se eu chegasse numa cidade que tem um Consultório na Rua e fosse conversar com a PSR, o que eu iria escutar, perceber, para saber que a equipe da cidade é bacana, trabalha bem?
6. Se eu chegasse numa cidade que tem um Consultório na Rua e fosse conversar com as pessoas da rede local (CAPS, UPA, Instituições da Sociedade Civil, etc.), o que eu iria escutar, perceber, para saber que a equipe da cidade é bacana, trabalha bem?
7. Disso tudo que você está me contando quais são os limites da equipe, o que é possível realizar com a equipe de Consultório na Rua?

8. O que você acha que é possível acompanhar/monitorar e avaliar do trabalho do Consultório na Rua?
9. Após 1 hora de conversa e reflexões, o que você me diria que são os objetivos do Consultório na Rua?