



**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Ensino
Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia**

MAYARA CASTRO LUSTOSA MOURA GRANJA

**Barreiras à Prevenção e Controle do Câncer em Pessoas em Situação de
Rua**

**Rio de Janeiro
2019**

MAYARA CASTRO LUSTOSA MOURA GRANJA

Barreiras à Prevenção e Controle do Câncer em Pessoas em Situação de Rua

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

Orientador: Fernando Lopes Tavares de Lima

Rio de Janeiro

2019

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

Introdução: As barreiras para a universalização do acesso às ações e serviços de saúde se intensificam para grupos populacionais historicamente negligenciados, como a população em situação de rua. Na oncologia esse cenário não é diferente, sendo necessários estudos que abordem esse tema nacionalmente. **Objetivo:** Compreender as barreiras de acesso das pessoas em situação de rua às ações de prevenção e controle do câncer. **Método:** Estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa utilizando-se entrevistas com seis profissionais de uma equipe de consultório de rua do Rio de Janeiro. Os dados foram analisados seguindo o referencial da hermenêutica dialética. **Resultados:** O estigma historicamente designado à população em situação de rua ainda dificulta o acesso aos serviços de prevenção e controle do câncer. Diante do grave estado de vulneração dessas pessoas, o cuidado oncológico tem se apresentado como uma demanda secundária às suas necessidades. **Conclusão:** É primordial compreendermos o sistema de saúde como instrumento de construção da cidadania e agregar a temática do câncer ao escopo de práticas cotidianas das equipes, haja vista a diversidade de fatores de risco a que esse grupo está exposto e a necessidade de superação das condições de vida na rua.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; oncologia; política pública

ABSTRACT

Introduction: Barriers to the healthcare universalization are intensified for historically neglected population, such as homeless people. In oncology this scenario is the same, being necessary to intensify studies that address this theme nationally. **Objective:** To understand the difficulty for homeless people to access cancer prevention and cancer control programs. **Method:** qualitative and descriptive case study using interviews with a team of street healthcare professional of Rio de Janeiro's city. Data were analyzed following the dialectic hermeneutics framework. **Results:** The stigma historically assigned to homeless people makes difficult for them to access cancer prevention and control services. Given the severe vulnerability state of these people, cancer care has been presented as a secondary demand to their needs. **Conclusion:** It is essential to understand the health system as a building tool for citizenship and to add the theme of cancer to the daily practices of the healthcare street teams, given the sort of risks which they are exposed at the streets.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
MÉTODO.....	7
RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
Barreiras de alcance contextual	9
Barreiras de alcance direto.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23

INTRODUÇÃO

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) foi lançada em 2013 com objetivo de reduzir incidência, mortalidade e incapacidades decorrentes da doença. Apesar dos avanços alcançados, o câncer permanece como problema de saúde pública, sendo esperados cerca de 600 mil novos casos no Brasil em 2019¹.

Diversas barreiras para a universalização do acesso às ações e serviços de saúde se intensificam para grupos populacionais negligenciados, como a população em situação de rua (PSR). Essa população tem sido compreendida como um:

(...) grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória².

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) de 2009 visa ampliar o acesso dessa população aos serviços públicos. Essa política constituiu um avanço na busca da efetivação da cidadania, pois traz como princípios básicos o respeito à dignidade humana, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento individualizado e universalizado e o respeito às condições sociais. Busca garantir a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais³.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a coordenação do cuidado à essa população é realizada pela atenção básica. Considerada uma população específica, esse cuidado é realizado, principalmente, pelas equipes de Consultório na Rua (eCR). A depender das necessidades dos usuários, as atividades das eCR são desenvolvidas integradas às unidades que compõem a rede de atenção à saúde, incluindo centros e unidades de atenção oncológica⁴.

A discussão sobre a PSR e a prevenção e o controle do câncer é incipiente no país. Internacionalmente, estudos que avaliam incidência, mortalidade e fatores/comportamentos de risco dessa população destacam uma maior exposição desse grupo aos fatores de risco de adoecimento^{5,6}. Porém, é importante destacar que os estudos internacionais precisam ser analisados com ressalvas, haja vista que, além de estarmos tratando de diferentes sistemas de saúde, o contexto de vida de um sem-teto nos Estados Unidos pode ser bastante diferente do nosso.

Assim, diante da necessidade de ampliar o debate nacionalmente, o presente estudo tem como objetivo compreender as barreiras de acesso da PSR às ações de prevenção e controle do câncer.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso descritivo de abordagem qualitativa, que busca uma investigação profunda de eventos da vida real, preservando suas características integrais⁷. Como caso, foi selecionado o processo de trabalho de uma eCR do município do Rio de Janeiro, responsável pelo cuidado de cerca de 1.284 usuários cadastrados.

Foram realizadas seis entrevistas individuais semiestruturadas entre maio e julho de 2019 com seis membros da eCR, sendo um médico, um enfermeiro, um assistente social e técnico de enfermagem e dois agentes sociais. Utilizou-se um roteiro com perguntas norteadoras, mas a partir das respostas dos participantes novas questões foram realizadas para aprofundar a temática. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada na unidade de saúde de referência da eCR. As entrevistas foram gravadas e

posteriormente transcritas para análise. Utilizou-se, também, um diário de campo com observações do cotidiano da equipe durante uma semana de acompanhamento.

Para análise, utilizou-se da hermenêutica-dialética em suas três etapas: ordenação dos dados; classificação dos dados; análise final^{8,9}. Optou-se em utilizar como referencial analítico o trabalho de Cabral Junior e Costa¹⁰, no qual são elencadas oito barreiras à cidadania nas políticas sociais para a PSR. Para cada barreira, buscou-se especificar as questões relacionadas às ações de prevenção e controle do câncer encontradas nas entrevistas e no acompanhamento da equipe. Quatro dessas barreiras foram consideradas como de influência contextual e as outras foram classificadas como de interferência direta nas ações (Quadro 1). Apesar do esforço em realizar essa divisão, é importante destacar que as barreiras estão inter-relacionadas e devem ser pensadas em conjunto para tomada de decisões.

Quadro 1: Barreiras à cidadania nas políticas sociais para a PSR

Alcance	Barreiras
Contextual	Ideia de que a rua é local de moradia permanente
	Caráter assistencialista das ações públicas
	Ausência de representatividade e voz direta em espaços públicos
	Intimidade do cenário político brasileiro com o neoliberalismo
Direto	Comportamento migratório da PSR
	Homogeneização das ações voltadas à PSR
	Dificuldade de instruir sistematicamente a PSR sobre seus direitos
	Devem ser dispensados apenas os esforços e recursos mínimos para subsistência

Fonte: Cabral Junior e Costa¹⁰, adaptado pelos autores.

A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética em pesquisa do INCA e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 90744918.6.0000.5274).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Barreiras de alcance contextual

A moradia representa um direito básico atrelado à dignidade do indivíduo e, por isso, a rua não deve ser considerada um local de moradia¹⁰. É imperioso considerar que as pessoas estão em situação de rua, sendo este um processo passível de ser revertido por meio de políticas públicas. É necessário o estabelecimento de ações que consigam ultrapassar as circunstâncias adversas às quais essa população está submetida.

A situação de rua interfere diretamente nas condições de saúde dessas pessoas, configurando-se com demandas complexas que ultrapassam o fazer do setor saúde¹¹. A articulação intersetorial que compreenda as diversas vulnerações que essa população enfrenta se torna essencial¹². Entretanto, não foi possível verificar uma produtiva integração da eCR com outros setores.

Estávamos hoje em um território, aqui na Praça da Cruz Vermelha, e teve uma ação da galera da assistência e tinha também uns guardas lá; e aí foi aquela situação. A gente fica extremamente desconfortável de atender, sabendo que tem três guardas lá que estão constringendo o paciente. (Participante 1)

O relato se refere à postura ostensiva dos agentes da segurança pública no trato com a PSR, reflexo de uma política estatal violenta que reforça estigmas a que essa população está submetida. Relatou-se que, em outras ocasiões, a presença da guarda

municipal foi motivo de desconforto e recusa de atendimento por parte dos usuários. Soluções imediatistas reforçam o processo social de exclusão. A proposta de internação compulsória da PSR deve ser acompanhada de perto, pois muitas dessas medidas se encontram apenas no âmbito de controle social.

Por outro lado, ações meramente assistencialistas também se tornam barreiras à construção da cidadania, pois não visam a superação da situação de vulneração. Acabam mantendo a PSR expostas ao maior risco de adoecimento e maior dificuldade para acessar os serviços de saúde, incluindo os de oncologia.

Identificou-se que 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. Para se alcançar os resultados a que se propõe, é necessário investir em novas formas de cuidar, transpondo as barreiras institucionais do sistema de saúde e da ausência de articulação intersetorial¹³. A permanência do *status quo* pode contribuir no aumento da incidência de câncer, bem como do diagnóstico tardio, o que pode resultar na diminuição do tempo de sobrevida e maior sofrimento.

Outra barreira de impacto contextual é a ausência de representatividade e voz da PSR nos espaços públicos. Apesar da Política Nacional para Inclusão Social da PSR visar o incentivo da organização política e da participação em instâncias de controle social¹⁴, dados sinalizam que cerca de 95,5% dessa população não está inserida em qualquer movimento social ou associada a órgãos de classe. Outrossim, foi identificado que 61,6% não exerce nem mesmo o direito de cidadania elementar através do voto por não possuir título de eleitor¹⁵.

Mesmo com os espaços de participação e controle social em saúde legalmente estabelecidos, ainda há dificuldade de sua real efetivação, pois nossa cultura participativa

ainda caminha lentamente¹⁶. Apesar de dificuldade de participação não ser exclusividade dessa população, sua invisibilidade social e os estigmas associados agravam essa situação.

Não foram encontradas evidências de que a PSR adscrita tenha tido participação nas discussões sobre planejamento, execução e avaliação das ações e serviços de saúde direcionados a ela. Essa situação é preocupante, haja vista que o próprio SUS surgiu como conquista social após longo processo de acúmulo e lutas que envolve os mais diversos movimentos sociais¹⁷.

A última barreira contextual, a intimidade do cenário político brasileiro com o neoliberalismo, faz com que as políticas sociais não assumam a função redistributiva, mas sim, um encargo compensatório em relação às desigualdades econômicas e sociais resultantes do modo de produção capitalista¹⁸. Nesse cenário, o SUS sofre o forte desmonte neoliberal, sendo a universalidade e a igualdade os princípios mais atingidos pelo sub financiamento. A operacionalização de um SUS universal e igualitário constitui um desafio, pois entra em conflito com a ordem econômica instituída^{19,20}.

As políticas neoliberais impõem uma agenda de contenção de gastos sociais, como por exemplo a Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Com a imposição de um financiamento escasso, podemos estar fadados a abandonar os atuais princípios constitucionais, sendo o direito pleno à saúde substituído por ações e serviços de baixo custo. As propostas neoliberais afrontam quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a universalidade, uma política focalista; contra a integralidade, uma "cesta básica"; contra a igualdade, o favor e a porta dos fundos de alguns hospitais; contra o controle público, as leis do mercado¹⁷.

No contexto da oncologia, observa-se que as iniciativas do governo federal não são acompanhadas de condições concretas para a sua efetivação, pois a PNPCC não prevê o devido financiamento para sua realização²¹. Para a PSR, historicamente excluída, a restrição de acesso será mais aguda.

Observa-se que as quatro barreiras de alcance contextual trazem diversos desafios para o alcance dos objetivos da PNPCC. São pontos que, muito mais do que a busca da superação da situação de rua por esses sujeitos, contribuem para a sua manutenção. Com a permanência desse quadro, pouco se pode esperar para melhoria das condições de vida e saúde da PSR.

Barreiras de alcance direto

A PSR possui comportamento migratório, o que dificulta seu mapeamento e pesquisa de suas necessidades e prejudica o entendimento mais detalhado que elucide ações assertivas sobre seu modo de ser e existir no mundo¹⁰. Essas dificuldades não se limitam ao setor saúde, alcançando inclusive o Censo e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. A estimativa de uma PSR nacional (em torno de 100.000 pessoas) foi realizada apenas em 2015²². No âmbito da oncologia, essa barreira impacta diretamente no planejamento das ações e no vínculo entre equipe e usuários.

A dificuldade de realizar a territorialização e definir o perfil da população adscrita, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Básica, faz com que a eCR tenha dificuldades de planejar ações, podendo resultar em práticas pouco estruturadas e menos condizentes com as necessidades desta população.

A complexidade que envolve a PSR demanda uma intervenção organizada. Entretanto, o atual cadastro da população adscrita utiliza a mesma base para usuários domiciliados no âmbito da estratégia de saúde da família²³. Na prática, dadas as características próprias dessa população, os dados que alimentam as fichas cadastrais não abrangem as especificidades dos sujeitos em questão.

Algumas coisas da parte burocrática me deixam nervosa. Esse cadastro que a gente faz da ficha A tem um monte de coisa que não se aplica à nossa população. Isso é uma dificuldade muito grande. (Participante 3)

Além das dificuldades para o planejamento, o perfil itinerante da PSR dificulta o contato entre equipe e usuários e a construção de vínculos e redes de confiança. Para a PSR, que transita nos espaços urbanos de maneira assistemática, a forma que estabelecem vínculos é singular. As particularidades desse público trazem para os profissionais o desafio de redefinir os padrões de vínculo habitualmente entendidos.

A gente, enquanto sistema de saúde, não está preparado para trabalhar com a itinerância dos sujeitos. Aí a gente fica achando que porque o sujeito anda muito ele não tem vínculo com a gente, o que não é verdade. As vezes o sujeito fica seis meses longe e aparece. Ele precisou ficar seis meses resolvendo a vida dele em outro lugar e ele aparece porque ele está com uma questão naquele momento que ele sabe que vai conseguir resolver naquele lugar. Então eu acho que (o vínculo) é possível, super possível na verdade, mas que a gente precisa repensar como a gente também, enquanto profissional de saúde, tem a expectativa de que esse vínculo aconteça. (Participante 2)

Um novo olhar sobre como deve se estabelecer a relação profissional-usuário pode definir a forma como ofertar o cuidado em saúde. Diferentes serviços possuem diferentes formas de estabelecer esse vínculo. Em estudo sobre o itinerário terapêutico da PSR com tuberculose foi abordada a fragilidade das relações entre usuários e serviços de urgência e emergência. Em contrapartida, constatou-se que quando a porta de entrada era a atenção

primária o vínculo se estabelecia de maneira eficaz²⁴. Não há estudos que abordem os vínculos criados por essa população e profissionais de atenção terciária em oncologia.

Apesar da possibilidade de construção dessa nova modalidade de vínculo, o deslocamento da PSR pelos espaços urbanos e a ausência de domicílio fixo traz à equipe a dificuldade em dar continuidade ao cuidado.

A gente acompanhou um usuário que estava investigando câncer de pele e aí chegou a identificar que era câncer mesmo nesse processo da biópsia e tal, mas ele sumiu do território e a gente imagina que ele tenha voltado para casa da irmã. Ele tinha até indicação de cirurgia (...), mas aí a gente não conseguiu dar continuidade por causa disso, porque ele sumiu do território. (Participante 2)

A ausência de informação a respeito da continuidade do cuidado em outros pontos da rede, no caso da oncologia, é determinante para o prognóstico do usuário, haja vista que o atraso no início do tratamento pode estar associado à redução do tempo de sobrevivência para alguns tipos de câncer²⁵.

A dificuldade de vínculo, aliada ao preconceito enfrentado pela PSR quando busca por atendimento em saúde, resultam na dificuldade de realizar o diagnóstico precoce das neoplasias. A detecção e o diagnóstico do câncer para essa população têm sido associados às fases muito avançadas, onde o tratamento curativo se torna, muitas vezes, inviáveis e com evolução rápida ao óbito.

Eu acompanhei um caso. Ele chegou com uma queixa de dor no abdome e a equipe conseguiu que ele fizesse uma ressonância e identificou que tinha uma massa, alguma coisa estranha, muita queixa, muita dificuldade de comer. Infelizmente, o usuário estava muito mal, muito debilitado. Uma semana, no máximo 15 dias, passou mal e veio a falecer. (Participante 4)

O rastreamento e a prevenção do câncer são críticos para a PSR⁶. A falta de um endereço fixo e um contato de acompanhamento foram fatores destacados pela equipe. Logo, devido à limitada praticidade da prevenção secundária, 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 risco⁵.

O desconhecimento das reais necessidades dessa população, e as dificuldades de construção de vínculo e acompanhamento constante dessa população, estão relacionadas também a uma outra barreira, que se refere à homogeneização das ações à PSR, como se essa população possuísse as mesmas necessidades¹⁰. A PSR é heterogênea e deve ser compreendida em suas especificidades, tanto na confecção das políticas públicas amplas, como na atenção individualizada.

Políticas e ações homogeneizantes não asseguram a integralidade do cuidado, sendo necessário um modelo que consiga contemplar suas particularidades. A inexistência de informações nos sistemas do SUS, até mesmo de uma ficha cadastral específica, contribui com a manutenção desse problema. Fica clara a inviabilidade em acolher as demandas da PSR e atender suas especificidades, que divergem da população domiciliada habitual, como também fica clara a ineficácia do Estado na busca da equidade.

Outra questão relacionada ao controle do câncer é a regulação desse usuário pelas unidades que compõem o SUS. No Rio de Janeiro existem dois sistemas de regulação vigentes para a oncologia, um de gestão municipal (SISREG) que organiza o acesso ao diagnóstico, e outro de gestão estadual (SER) que regula o fluxo para o tratamento. As regras para a PSR são as mesmas para a população em geral, o que traz algumas dificuldades de acesso.

(...) ele chegou com uma queixa de dor na área do abdome e a equipe conseguiu que ele fizesse uma ressonância e identificou que tinha alguma massa, mas a médica na época tinha acabado de entrar e aí fez uma solicitação via SISREG, sendo agendada uma consulta ambulatorial no INCA. O médico do INCA acolheu e explicou 'olha, o diagnóstico é de câncer, mas eu não posso fazer o acolhimento dessa forma, você tem que retornar para a unidade, fazer a solicitação da

biópsia, com o resultado da biópsia, marcar o agendamento para cá'. As pessoas ainda não sabiam o fluxo, eu entendo que foi um erro da equipe também ter feito isso sem perguntar como o fluxo acontecia. O diretor da unidade à época explicou que deveria ser feita primeiro a biópsia e com o resultado da biópsia ser agendada uma avaliação ambulatorial no INCA. (Participante 2)

A gente precisa, enquanto política de saúde, repensar como esses encaminhamentos têm sido feitos, como as marcações têm sido feitas. Quando eu estava na residência tive experiência de acompanhar a gerente e aí eu via como as marcações do SISREG eram feitas e teve uma coisa que me incomodou muito. Porque, na real, eu ainda acho, por mais que a gente lute por uma outra forma, uma política universal, ainda é feito do tipo 'ah, é para aquele povo, para aquelas pessoas que não têm dinheiro para estar num plano de saúde, então vai ser qualquer coisa, vai ser a hora que a gente quiser, vai ser onde a gente quiser' e eu acho que isso ainda é muita barreira de acesso. (Participante 2)

As falas demonstram que, mesmo com a informatização do sistema de regulação, ainda há um componente humano que deve estar bem informado sobre os processos e que pode agir de forma preconceituosa e equivocada mediante os estigmas impostos à PSR. Outro ponto é que, por mais que o sistema de regulação facilite alguns processos quando bem empregado, a ausência de vagas para tratamento faz com que a fila continue trazendo atrasos. Ainda não existem estudos que avaliem se a informatização do acesso nesses dois sistemas no Rio de Janeiro tem contribuído com o um menor tempo de espera e a democratização do acesso, ou se resultou no aumento da burocracia e dificuldade de acesso, principalmente para esse público.

A eCR, a partir da compreensão de que os seus usuários demandam ações diferenciadas e dificultadas, tem buscado construir uma rede de atenção própria. Com vistas a garantir o acesso da PSR, a equipe tem desenvolvido, além da regulação formal, a regulação profissional²⁶, com pactuações e parcerias informais com outros serviços e profissionais.

Quando a gente precisa de um encaminhamento a gente já tem a pessoa, a gente liga pelo telefone, já fala 'olha, a gente está encaminhando para

aí. Tem vaga?’. A gente tem bastante contato. (...) Daí a moça de lá já fala ‘pode mandar para cá essa semana que aqui já tem’ ou ‘faz o encaminhamento que ao chegar aqui a gente faz’. É mais rápido. Se a gente for esperar o SISREG e não tiver isso, demora muito mais (Participante 6)

Outro ponto da regulação identificado foi a disponibilidade da eCR em acompanhar o usuário encaminhado para um serviço de alta complexidade ou distante.

(...) tem muitos pacientes que têm como se locomover, recebe benefício e também tem uma certa coerência, uma direção. Mas tem uns que não tem. Vai ao médico, chega aqui e não sabe nada (...) se ele não consegue ter uma articulação para ser entendido aí a gente vai junto e nesses dias tem o carro. (Participante 3)

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. Esse processo poderia ser desnecessário se os serviços estivessem preparados para atender dignamente essas pessoas.

Não foi descrito pela equipe dificuldades de acesso devido à ausência de documentos de identidade, situação comum na PSR. Essa particularidade parece já ter sido bem trabalhada. Porém, segundo a equipe, mesmo que a ausência documental não atrapalhe a regulação, ela pode gerar problemas no ponto de atenção referenciado, no momento de admissão desse usuário.

Outra importante barreira se refere à dificuldade de instruir essa população acerca dos seus direitos¹⁰. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua mostrou que 88,5% não recebe qualquer tipo de benefício assistencial de programas sociais governamentais e, muitas vezes, os desconhece¹⁵. Essa dificuldade de identificação ultrapassa a esfera do direito às políticas sociais, sendo uma questão também no âmbito das ações de educação em saúde. Poucas ações coletivas são desenvolvidas, seja pela

resistência da unidade de saúde de referência em disponibilizar o espaço para tal, seja pela própria dificuldade da equipe em utilizar a rua como espaço de troca.

Nos meses em que eu estou aqui, a gente ainda não conseguiu se organizar para fazer, por muitos motivos, incluindo a própria resistência de desenvolver atividades em grupo, consultas individuais dentro da própria unidade, isso atrapalha muito o nosso trabalho. (Participante 1)

Ainda que durante os atendimentos individuais a questão da promoção à saúde seja uma ferramenta de trabalho, o enfoque é quase exclusivo na redução de danos do uso de álcool e outras drogas, característica intrínseca do antigo modelo de consultório de rua que não atendia à premissa do cuidado integral.

Acredito que não tenha tido nenhuma ação específica para prevenção de câncer. Acredito que não. Era mais para responder à questão da redução de danos, a questão do álcool e outras drogas (Participante 1)

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer a que essa população está exposta são o tabagismo e o alcoolismo. Porém, essa população está associada a outros fatores, como a exposição ao sol, obesidade e maior número de parceiros sexuais⁵. Nessa perspectiva, esforços devem ser dispensados para se alcançar um entendimento acerca de formas de proteção do usuário. Na situação em que se encontram, mais do que uma simples escolha pessoal, essas pessoas acabam condicionadas a terem comportamento de risco de adoecimento. Por isso é tão necessário o esforço para que se introduzam medidas emancipatórias, ultrapassando o assistencialismo.

Os membros da equipe demonstraram o entendimento de que a PSR desconhece os fatores de risco a que está exposta.

Não se preocupam muito. Eles não conseguem ver a importância de alguns fatores que interferem na saúde deles. (Participante 5)

Muitos não têm entendimento do fator de risco porque não foi algo que foi apresentado a eles, não foi algo que foi discutido, e aí acho que entra as ações, principalmente as ações no território, em grupo, que eu acho que é algo que precisa muito ser implementado. (Participante 1)

Por outro lado, em outros momentos, os entrevistados apontam que não parece haver ausência de informação, mas dificuldade da PSR em assumir comportamento que reduza seus riscos, seja pelas condições de vida que enfrentam, seja pela não priorização da saúde em decorrência das situações adversas impostas pelo viver na rua.

A gente fala, mas acho que eles não dão tanta importância, porque eles pensam: “Ah, já mora na rua, já está lascado mesmo”, sabe? Eu já escutei de paciente quando perguntei o porquê de não usar camisinha, ele falou ‘já estou na rua, em pé, ainda vou pensar em usar camisinha?’ (Participante 6)

Estudos apontam que a PSR tem preocupações sobre o câncer, acreditam que o risco entre eles é maior do que na população em geral e consideram o rastreamento uma necessidade²⁷. Mas, na luta pela sobrevivência cotidiana que vivenciam, um possível risco de desenvolvimento futuro de um câncer pode não ser a prioridade. Assim, entre as medidas necessárias para qualificar o acesso dessa população à promoção da saúde, encontra-se a sensibilização dos profissionais para lidar com as prioridades desse grupo.

Cabe destacar que seria pouco adequado que as ações de promoção à saúde se resumissem à transmissão de informações sobre uma possível prática saudável desconectada da realidade. É necessário que essa população tenha reais condições de fazer o uso das informações, tanto no que se refere à auto responsabilização de suas práticas, quanto ao papel do sistema de saúde na garantia de sua saúde. É essencial que as ações de saúde que objetivam a instrumentalização do indivíduo acerca dos comportamentos ditos como saudáveis sejam baseadas no princípio da autonomia do sujeito em adotar ou não tais atitudes²⁸. Na luta pela emancipação, as ações de saúde não podem se limitar à

transmissão de informações sobre o que é ser saudável, exercendo poder prescritivo sobre o que as pessoas devem ou não fazer. A educação deve prezar pela operacionalização da formação do saber em saúde dos usuários, com garantia da autonomia individual.

O adoecimento por câncer é bastante afetado por essa barreira. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são processos de longa duração que exigem do usuário plena participação em seu próprio cuidado. Se essa população não for bem informada sobre sua condição e seus direitos e não for instrumentalizada pelo Estado para superar essa situação, pouco adiantará a oferta de práticas assistenciais individuais realizadas no âmbito da atenção à saúde, pois elas possuem pouco efeito na mudança do estado social dessas pessoas.

A última barreira analisada consiste no entendimento de que à PSR devem ser dispensados apenas os esforços e recursos mínimos para garantia de sua subsistência¹⁰. Assim, seria de uma subclasse, merecedora de apenas um mínimo para sobrevivência.

O acesso a ações e serviços de saúde é garantia constitucional, que afirma a obrigatoriedade da integralidade da atenção. Entre as barreiras que a PSR enfrenta para garantia de seus direitos sociais básicos, a negação da saúde como um direito é uma das formas de exclusão²⁹. Apesar da letra da lei, na prática, a PSR tem encontrado diversas dificuldades para acessar os diferentes serviços da rede municipal de saúde. Muitas delas relacionadas ao estigma carregado por essa população.

(...) (a equipe da unidade) chega a reclamar com a gerente, com a diretora, que tem pessoas em situação de rua circulando pela unidade. Só que não tem pessoas em situação de rua circulando pela unidade, têm pessoas, seres humanos, circulando pela unidade. E que bom, tem que circular, porque a unidade de saúde deve ser um espaço para todos. (Participante 1)

(...) a própria direção da unidade vai colocar esses empecilhos de que 'ah, eu não quero pessoas sendo atendidas aqui'. (Participante 2)

É como se, no imaginário dos profissionais da unidade de saúde, a PSR, por meios da eCR, já tenha acesso aos serviços de saúde a que tem direito, e devem se limitar a eles, não atrapalhando a rotina dos serviços destinados à população cidadã. Essa concepção preconceituosa e excludente é fruto do estigma historicamente atribuído a essa população. A estigmatização e o não entendimento da responsabilização desses profissionais para com a PSR pode ser vista como causa da unidade de saúde vê-la como algo diferente, desvinculado da sua realidade.

Tinha que mudar a visão de tratamento sobre esse tipo de população. É tanto paciente, quanto funcionário com muito preconceito. Pelo menos aqui nessa unidade. Funcionários dificultam acesso, ou não atendem direito, sabe? Não sei se é dificultar para não voltar mais, porque toda vez que a população pobre não é atendida aqui ou é de outro lugar, não é a mesma coisa, não é o mesmo atendimento, não é o mesmo carinho. É aquele ‘vamos atender logo já para despachar’ ou ‘vamos falar que não tem atendimento para ele voltar outro dia’, que o atendimento dele não é aqui, é no quarto andar. (Participante 6)

O estigma social e o preconceito que envolve as PSR tornam-se fatores de influência significativa na atuação dos profissionais dos serviços onde buscam atendimento, inclusive na saúde³⁰. Apesar de todas as diretrizes estabelecidas na PNPSR, a prática dos profissionais que não fazem parte da eCR ainda se mostra excludente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se dar visibilidade às barreiras, diretas ou contextuais, à prevenção e controle do câncer impostas à uma população historicamente excluída e vivenciadas por uma eCR. Essa discussão deve permear a ótica da garantia constitucional da

universalidade, integralidade e da equidade. Defende-se a saúde como direito básico e inalienável a todas as pessoas, sendo dever do Estado garantir esse direito.

O cuidado oncológico se apresenta como uma demanda secundária às necessidades dessa população, diante da luta diária pela vida. Apesar disso, é necessário refletir sobre o caráter emergencial do atendimento a esse desígnio na vigência da doença, pois pode estar determinando uma sentença de morte. Para tanto, as equipes de saúde devem buscar novos formatos de cuidado que sejam mais adequados às particularidades desses usuários, integrando à prática assistencial individual e ações de promoção à saúde e intersetoriais que busquem a superação da situação de rua dessas pessoas.

A escassez de estudos que abordem essa temática nacionalmente destaca a extrema relevância e necessidade da realização de novas pesquisas que tragam luz a esse tema. A identificação das barreiras para a efetivação da cidadania da PSR no Brasil, embora não possam ser extenuadas neste estudo, limitado ao processo de trabalho de uma eCR, abre a possibilidade de intervenção e superação das desigualdades.

Por fim, apesar dos avanços alcançados em anos anteriores, o recorrente desmonte das políticas sociais institucionalizadas pelo Estado faz com que seja primordial recuperarmos os valores da reforma sanitária brasileira e reafirmarmos a necessidade de compreender o sistema de saúde como instrumento de construção da cidadania e não meramente um produto do mercado. Nesse sentido, garantir à PSR acesso às ações e serviços de saúde, neles incluídos os de oncologia, torna-se, cada vez mais, um dever ético-político que os profissionais de saúde devem assumir para contribuir com que essas pessoas ultrapassem a situação de vulneração em que se encontram.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
2. Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XVI: Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXII: Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>
5. Baggett TP, Chang Y, Porneala BC, Bharel M, Singer DE, Rigotti NA. Disparities in cancer incidence, stage, and mortality at Boston health care for the homeless program. *Am J Prev Med.* 2015 Nov; 49(5): 694-702. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379715001610?via%3Dihub>
6. Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J, et al. Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 May;11(5):431-8. Disponível em: <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=12010856>
7. Yin RK. Pesquisa estudo de caso: desenho e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1994.

8. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67–80.
9. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.
10. Cabral Junior LRG, Costa JCR. Barreiras à cidadania nas políticas sociais para a população em situação de rua. Revista Brasileira de Políticas Públicas. 2016 Out; 6(2): 229-41. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4143>
11. Oliveira, RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saude soc. 2018 Jan; 27(1):37-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100037&lng=en
12. Fiorati RC, Carretta RYD, Panúncio-Pinto MP, Lobato BC, Kebbe LM. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. Saude soc. 2014 Dez; 23(4): 1458-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401458&lng=en.
13. Rosa AS, Santana CLA. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(supl. 1): 465-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700465&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Brasil. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua. Brasília, 2008.

15. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2009.
16. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, Jorge MS. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. Interface (Botucatu). 2017 Dez; 21(63):907-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000400907&lng=en.
17. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estud av. 1999; 13(35): 139-146.
18. Gasparotto GP, Grossi PK; Vieira MS. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. [Apresentação no XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas na Sociedade Contemporânea]. 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8153>
19. Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Saúde Soc. 2015; 24(supl. 1): 82-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500082&script=sci_abstract&lng=pt
20. Silva MJS, Lima FLT, O'Dwyer G, Osorio-de-Castro CGS. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. Rev bras cancerol. 2017; 63(3): 177–87. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_63/v03/pdf/03-artigo-politica-de-atencao-ao-cancer-no-brasil-apos-a-criacao-do-sistema-unico-de-saude.pdf
21. Silva, LKA; Barros Júnior, FO. Os percalços de uma política: relação à brasileira entre o estado e a política de combate ao câncer. Serv Soc Saúde. 2013 Jan; 12(1): 31-52.

Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635755/3470>

22. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada - IPEA. Brasília, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf

23. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciênc. saúde coletiva. 2016 Jun; 21(6): 1839-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en.

24. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. Physis. 2018 ; 28(2): e280205. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312018000200601&lng=en

25. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. Cad. Saúde Pública. 2015 Aug; 31(8):1673-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000801673&lng=en

26. Cecilio LCO, Carapineiro GAR, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública. 2014 Jul; 30(7): 1502-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000701502&lng=en

27. Asgary R, Sckell B, Alcabes A, Naderi R, Ogedegbe G. Perspectives of cancer and cancer screening among homeless adults of New York City shelter-based clinics: a qualitative approach. *Cancer Causes Control*. 2015 Out; 26(10): 1429–38. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10552-015-0634-0#citeas>
28. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da Saúde Pública. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2(2): 187-200. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969/6541>
29. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saude soc*. 2019 Mar; 28(1): 222-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902019000100016&lng=en
30. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Jul; 31(7): 1497-1504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000701497&lng=pt