

Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.816>

Barriers to Cancer Prevention and Oncologic Treatment for Homeless People

Barreras para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer para Personas sin Hogar

Mayara Castro Lustosa Moura Granja¹; Fernando Lopes Tavares de Lima²

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 ajudem a revelar essa realidade. **Objetivo:** Compreender as barreiras de acesso, das pessoas em situação de rua às ações de prevenção do câncer e tratamento oncológico. **Método:** Estudo de caso 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 dificulta o acesso aos serviços de prevenção e tratamento 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 compreender 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; Neoplasias/prevenção & controle; Neoplasias/tratamento farmacológico; Serviços de Saúde; Política Pública.

Abstract

Introduction: Barriers to the universalization of the access to healthcare actions and services are intensified for historically neglected populational groups, such as homeless people. In oncology this scenario is not different, and studies are needed to help to reveal this reality. **Objective:** To understand the difficulty homeless people face to access cancer prevention actions and oncologic treatment. **Method:** Qualitative case report utilizing interviews with a team of street healthcare professionals in Rio de Janeiro. Data were analyzed following the hermeneutic dialectics framework. **Results:** The stigma historically attributed to homeless people makes difficult for them to access cancer prevention and treatment. Given the severe vulnerability condition of these people, cancer care has been presented as a secondary demand of 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, considering the diversity of risk factors this group is exposed to and the necessity of overcoming the street life conditions.

Key words: Homeless Persons; Neoplasms/prevention & control; Neoplasms/drug therapy; Health Services; Public Policy.

Resumen

Introducción: Las barreras a la universalización del acceso a las acciones y servicios de salud se intensifican para los grupos de población históricamente descuidados, como la población sin hogar. En oncología, este escenario no es diferente, y se necesitan estudios para ayudar a revelar esta realidad. **Objetivo:** Comprender las barreras de acceso de las personas sin hogar a las acciones de prevención y tratamiento del cáncer. **Método:** Estudio de caso de enfoque cualitativo utilizando entrevistas con seis profesionales de un equipo de práctica callejera de Río de Janeiro. Los datos fueron analizados siguiendo el marco dialéctico hermenéutico. **Resultados:** El estigma históricamente asignado a las personas sin hogar todavía dificulta el acceso a los servicios de prevención y control del cáncer. Dado el grave estado de vulnerabilidad de estas personas, la atención del cáncer se ha presentado como una demanda secundaria a sus necesidades. **Conclusión:** Es esencial entender el sistema de salud como una herramienta para construir ciudadanía y agregar el tema del cáncer al alcance de las prácticas diarias de los equipos, dada la diversidad de factores de riesgo a los que está expuesto este grupo y la necesidad de superar las condiciones de vida en la calle.

Palabras clave: Personas sin Hogar; Neoplasias/prevenção & control; Neoplasias/tratamiento farmacológico; Servicios de Salud; Política Pública.

¹ Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6503-4821>

² Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde Pública. Coordenação de Ensino do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8618-7608>

Endereço para correspondência: Mayara Castro Lustosa Moura Granja. Rua Lucyanno Patriota, 200, B 204 – Vila Mocó. Petrolina (PE), Brasil. CEP 56306-405. E-mail: mayara_qsf@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública, sendo esperados mais de 600 mil novos casos no Brasil em 2020¹. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)² foi lançada em 2013 com objetivo de reduzir incidência, mortalidade e incapacidades decorrentes da doença.

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 provisória³.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR)⁴, de 2009, visa a 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 ambientais⁴. Porém, mesmo com as políticas públicas já instauradas, estudos têm destacado as dificuldades das pessoas em situação de rua em acessarem serviços de saúde^{5,6}.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a coordenação do cuidado a essa população é realizada pela atenção básica. Considerada uma população específica, esse cuidado é realizado, principalmente, pelas equipes de Consultório na Rua (eCR). Essas equipes, previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷, possuem composição variável e são responsáveis por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua. 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 oncológica⁷.

A discussão sobre a PSR e sobre a prevenção e o tratamento 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 se tratar 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 sobre o tema no contexto brasileiro, o presente estudo tem como objetivo compreender as barreiras de acesso das pessoas em situação de rua às ações de prevenção do câncer e tratamento oncológico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, que busca uma investigação profunda de eventos da vida real, preservando suas características integrais⁸. 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, um 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, 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^{9,10}. O diário de campo, a contar dos registros das reflexões que a experiência suscitou, serviu como complementar para a análise das entrevistas, que foram categorizadas a partir do referencial analítico selecionado. Optou-se por utilizar como referencial analítico o trabalho de Cabral Junior e Costa¹¹, 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 tratamento 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 a tomada de decisões.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José

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	Dificuldade de pesquisas que visam a conhecer o perfil e as necessidades da PSR, em razão do seu comportamento migratório
	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 Costa¹¹, adaptado pelos autores.

Alencar Gomes da Silva (INCA) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob os números CAAE INCA: 90744918.6.0000.5274; CAAE SMS: 90744918.6.3001.5279.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

BARREIRAS DE ALCANCE CONTEXTUAL

As barreiras de alcance contextual são aquelas que, mesmo que não estejam diretamente relacionadas ao setor saúde, ou à oncologia, proporcionam um ambiente que contribui com o estado de vulneração da PSR. Cabe destacar que há diferença entre um estado de vulnerabilidade e um estado de vulneração. Enquanto o primeiro se refere a uma condição potencial de que o indivíduo possa ser “ferido” (referente ao sentido termo latim *vulnus*), o segundo se refere a uma condição concreta do indivíduo estar vulnerado; ou seja, de já ter danos e carências concretas e constatáveis, como no caso da PSR^{12,13}.

A moradia representa um direito básico atrelado à dignidade do indivíduo e, por isso, a rua não deve ser considerada um local de moradia¹¹. É imperioso considerar que as pessoas estão em situação de rua, sendo este um processo passível de ser revertido por meio de políticas públicas, respeitando-se o desejo e a particularidade de cada indivíduo. 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 como demandas complexas que ultrapassam o fazer do setor saúde¹². A articulação intersetorial que compreenda as diversas vulnerações que essa população enfrenta se torna essencial¹³. Apesar de previstas na PNAB e terem se fortalecido com a criação das eCR¹⁴, as ações intersetoriais ainda não têm sido realizadas de forma produtiva pela eCR acompanhada. A dificuldade de integração da eCR com outros serviços, de saúde ou não, também foi verificada em estudo realizado na cidade de São Paulo¹⁵. Durante o período de vivência no campo, bem como nas entrevistas, não foram identificadas ações conjuntas com outros setores, como educação, cultura, lazer, trabalho e renda. A interseção com os serviços de segurança pública, apesar de acontecer, não é da forma desejada pela equipe de saúde.

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 à superação da situação de vulneração. Acabam mantendo a PSR exposta a 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. Apesar do esforço dos profissionais, o ambiente de trabalho de uma eCR é permeado por tensões e dificuldades que interferem diretamente nas possibilidades de cada serviço¹⁵. Para o alcance dos 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 intersetorial¹⁶. 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 sobrevivência e maior sofrimento.

Outra barreira de impacto contextual é a ausência de representatividade e voz da PSR nos espaços públicos. Apesar de a Política Nacional para Inclusão Social da PSR visar ao incentivo da organização política e da participação em instâncias de controle social¹⁴, dados sinalizam que 95,5% dessa população não está inserida em qualquer movimento social ou associada a órgãos de classe. Outrossim, foi identificado que 61,6% não exercem nem mesmo o direito de cidadania elementar por meio do voto por não possuir título de eleitor¹⁷.

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 lentamente¹⁸. Apesar de a dificuldade de participação não ser exclusividade dessa população, sua invisibilidade social e os estigmas associados agravam essa situação.

Identificou-se que a PSR adscrita não participou de 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 envolvem os mais diversos movimentos sociais¹⁹.

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 capitalista²⁰. Nesse cenário, o SUS sofre forte desmonte neoliberal, sendo a universalidade e a igualdade os princípios mais atingidos pelo subfinanciamento. A operacionalização de um SUS universal e igualitário constitui um desafio, pois entra em conflito com a ordem econômica instituída^{21,22}.

As políticas neoliberais impõem uma agenda de contenção de gastos sociais, como por exemplo a Emenda Constitucional n.º 95, de 2016²³. Com a imposição de um financiamento escasso, os atuais princípios constitucionais podem estar fadados ao abandono, sendo o direito pleno à saúde substituído por ações e serviços de baixo custo. As propostas neoliberais afrontam quatro 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 mercado¹⁹.

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 realização²⁴. Para a PSR, historicamente excluída, a restrição de acesso é mais aguda.

Ainda em relação ao financiamento de ações, cabe destacar que a crise anunciada como financeira é política e social. A austeridade praticada implica em redução do desempenho do sistema de saúde, e houve a opção de interromper a centralidade da agenda de consolidação da atenção primária com realinhamento da ênfase na atenção hospitalar²⁵.

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. Essa característica faz com que seja difícil pesquisas que visam a compreender o seu perfil e as suas necessidades, prejudicando o entendimento mais profundo sobre seu modo de ser e existir no mundo¹¹. Essa barreira não se limita 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 mil pessoas) foi realizada apenas em 2015²⁶. 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 PNAB, faz com que a eCR tenha dificuldades de planejar ações, podendo resultar em práticas pouco estruturadas e menos condizentes com as necessidades dessa 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 saúde da família²⁷. 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 eficaz²⁸. 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 sobrevida para alguns tipos de câncer²⁹.

A dificuldade de vínculo, aliada ao preconceito enfrentado pela PSR quando busca por atendimento em saúde, resulta na dificuldade de realizar o diagnóstico precoce das neoplasias. A detecção e o diagnóstico do câncer para essa população têm sido associados a fases

muito avançadas, nas quais o tratamento curativo se torna, muitas vezes, inviável 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 as causas destacadas pela equipe. Logo, em razão da 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 relacionados também a uma outra barreira, que se refere à homogeneização das ações à PSR, como se essa população possuísse as mesmas necessidades¹¹. 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 às suas especificidades, que divergem da população domiciliada habitual, como também fica clara a ineficácia do Estado na busca da equidade.

Outra questão relacionada ao acesso ao tratamento 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. O acesso ao tratamento oncológico é restrito para a população em geral e se agrava à PSR, em virtude das barreiras aqui discutidas:

(...) 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 empregados, 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 para um menor tempo de espera e democratização do acesso ou se resultou no aumento da burocracia e da dificuldade de acesso, principalmente para esse público.

A eCR, a partir da compreensão de que os seus usuários demandam ações diferenciadas, 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 profissional³⁰, 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 têm. 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 a essas pessoas.

Não foram descritas pela equipe dificuldades de acesso por causa da 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 barreira importante refere-se à dificuldade de informar essa população acerca dos seus direitos¹¹. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua mostrou que 88,5% não recebem qualquer tipo de benefício assistencial de programas sociais governamentais e, muitas vezes, os desconhecem¹⁷. Esse desconhecimento ultrapassa a esfera do direto 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 exposta a outras condições, 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

necessidade³¹. 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 autorresponsabilização 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 atitudes³². 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 subsistência¹¹. Assim, deste, configuraria 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 exclusão³³. 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 meio 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 podem ser entendidos como a 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 a PSR tornam-se fatores de influência significativa na atuação dos profissionais dos serviços onde buscam atendimento, inclusive na saúde³⁴. Apesar de todas as diretrizes estabelecidas na PNPR, a prática dos profissionais que não fazem parte da eCR ainda se mostra excludente.

CONCLUSÃO

Deu-se visibilidade a barreiras, diretas ou contextuais, à prevenção do câncer e ao tratamento oncológico, impostas à PSR. Apesar de todo o esforço da eCR, destacaram-se, como principais barreiras, a manutenção do caráter assistencialista das ações, os cortes de gastos nas políticas sociais, o comportamento migratório dos usuários e a dificuldade de envolver outros serviços na garantia dos direitos plenos dessa população. Deve-se compreender que a necessidade de superar essas barreiras remete à garantia constitucional da universalidade, integralidade e da equidade. Assim, 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 a prática assistencial individual às ações de promoção à saúde e intersetoriais, que busquem a superação da situação de rua dessas pessoas.

O principal limite deste estudo é a análise do processo de trabalho ser limitado a uma eCR e à sua realidade, fato inerente a estudos de caso. Por isso, os resultados devem ser analisados criticamente e repensados para outros cenários.

Por fim, compreende-se que, apesar dos avanços alcançados em anos anteriores, o recorrente desmonte das políticas sociais institucionalizadas pelo Estado faz com que seja primordial recuperar os valores da reforma sanitária brasileira e reafirmar a necessidade de entender 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, de modo a contribuir para que essas pessoas ultrapassem a situação de vulneração em que se encontram.

CONTRIBUIÇÕES

Mayara Castro Lustosa Moura Granja participou da concepção e planejamento do estudo, na obtenção, na análise e interpretação dos dados, assim como na redação e aprovação final da versão publicada. Fernando Lopes Tavares de Lima participou da concepção e planejamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, assim como na revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2013 maio 17. Seção I, p. 129.
3. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2009 dez 12. Seção I, p. 16 [acesso 2019 jul 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
4. Ministério da Saúde (BR). 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 União, Brasília, DF; 2017 out 12. Seção Suplemento, p. 61. Anexo XVI, Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 [acesso 2019 jul 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>
5. Baggett TP, Chang Y, Porneala BC, et al. 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.038>
6. Chau S, Chin M, Chang J, et al. Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev [Internet].* 2002 May [cited 2019 July 29];11(5):431-8. Available from: <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/lookup?view=long&pmid=12010856>
7. Ministério da Saúde (BR). 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 União, Brasília, DF; 2017 out 12. Seção Suplemento, p. 61. Anexo XXII, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [acesso 2019 jul 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
9. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994. Capítulo 4, Gomes RA. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. p. 67-80.
10. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
11. Cabral Junior LRG, Costa JRC. Barreiras à cidadania nas políticas sociais para a população em situação de rua. *Rev Bras Polít Públicas.* 2016;6(2):236-49. doi: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v6i2.4143>
12. 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. *Saúde Soc.* 2018;27(1):37-50. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170915>
13. Fiorati RC, Carretta RYD, Panúncio-Pinto MP, et al. População em vulnerabilidade, intersectorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. *Saúde Soc.* 2014;23(4):1458-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400027>
14. Presidência da República (BR). Política nacional para inclusão da população em situação de rua. Brasília, DF; maio 2008.
15. Lima AFS, Almeida LWS, Costa LMC, et al. Reconhecimento dos riscos no trabalho do consultório na rua: um processo participativo. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03495. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018022603495>
16. Rosa AS, Santana CLA. Consultório na rua como boa prática em saúde coletiva. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Supl 1):465-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>
17. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: MDS; 2009.
18. Ventura CAA, Miwa MJ, Serapioni M, et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2017;21(63):907-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0941>
19. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estud Av.* 1999;13(35):139-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100014>
20. Gasparotto GP, Grossi PK, Vieira MS. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. In: XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas na Sociedade Contemporânea; 2014 [acesso 2019 jul 29]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8153>
21. 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01007>
22. Silva MJS, Lima FLT, O'Dwyer G, et al. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol.* 2017;63(3):177-87. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133>
23. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2016 dez 16. Seção I, p. 2.

24. 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;12(1):31-52. doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v12i1.8635755>
25. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4555-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>
26. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. [acesso 2019 jul 29] (Texto para discussão, 2246). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf
27. 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;21(6):1839-48. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>
28. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis*. 2018;28(2):e280205. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280205>
29. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(8):1673-84. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145214>
30. Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andrezza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1502-14. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
31. Asgary R, Sckell B, Alcabes A, et al. Perspectives of cancer and cancer screening among homeless adults of New York City shelter-based clinics: a qualitative approach. *Cancer Causes Control*. 2015;26(10):1429-38. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-015-0634-0>
32. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Rev Bras Bioét* [Internet]. 2006 [acesso 2019 jul 29];2(2):187-200. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969/6541>
33. 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. *Saúde Soc*. 2019;28(1):222-34. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180601>
34. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(7):1497-1504. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>

Recebido em 17/12/2019
Aprovado em 27/4/2020