

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

ELISETE DA SILVA GIL

**CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE:
UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2016

Elisete da Silva Gil

**CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE:
Uma proposta de educação permanente em saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Área de Concentração: Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Porto Alegre

2016

G463c Gil, Elisete da Silva
Consultório na rua pintando saúde: uma proposta de educação permanente em saúde / Elisete da Silva Gil. -- Porto Alegre, 2016.
97 f. : il. : color. ; 30cm.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal.

1. Saúde pública. 2. População - Situação de Rua. 3. Consultório - Rua. 4. Educação permanente - Saúde. 5. Atenção à saúde. I. Título. II. Leal, Sandra Maria Cezar.

CDU 614

Elisete da Silva Gil

**CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE:
Uma proposta de educação permanente em Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 29/09/2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal – UNISINOS

Profa. Dra. Simone Edi Chaves – UNISINOS

Profa. Dra. Cintia Nasi – UFCSPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por seu amor infinito e por me sustentar sempre nas horas difíceis. A minha querida família, sempre presente me dando suporte para que eu pudesse mergulhar em busca desse sonho que se concretiza.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNISINOS, à querida professora Cintia Nasi pelo convite em participar deste estudo e, em especial, a minha orientadora Sandra Maria Cezar Leal, que me guiou durante essa trajetória.

Ao Consultório na Rua Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e a sua equipe que me acolheu de forma muito carinhosa e me mostrou realidades que eu desconhecia.

Agradeço a todas as pessoas que de um modo ou de outro contribuíram para a realização deste estudo. Foram relações, encontros, afetos, empatias, marcas que levarei para vida...

Esposo Leandro **Filhos Bruna e Lucas** **Enfermeiras do 9º Norte** **Leodete**
Prof. Simone **Mãe Izabel** **Orientadora Sandra**
Cris **Carla** **Afrânia**
Professores do Mestrado **Usuários do Consultório na Rua** **Prof. Cintia**
Suzana **Milene** **Residentes** **Sílvia**
Bolsista Carina

“O tempo de cobertor e papelão passou, o que nós queremos agora é Políticas Públicas” (Maria Lúcia – Movimento Nacional da População de Rua)

RESUMO

Consultório na Rua (CR) é uma proposta do Ministério da Saúde que tem por objetivo atuar de forma resolutiva perante as necessidades da População em Situação de Rua, desenvolvendo ação integral *in loco*, com abordagens ampliadas que buscam possibilitar o acesso a serviços de saúde, assistência social, entre outros. A equipe de Consultório na Rua (eCR) realiza suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas e em unidades móveis. O objetivo desta dissertação foi propor um Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre/RS. Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado no CR Pintando Saúde. Os participantes foram os 13 profissionais que integraram a eCR no período da coleta de dados: outubro de 2015 a agosto de 2016. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: (1) observação de campo acompanhando a eCR nas abordagens e nos atendimentos aos usuários (na rua e nos serviços de saúde); (2) grupo focal com a eCR. Como resultados emergiram duas categorias: (1) fragilidades e desafios no cotidiano do trabalho no CR; (2) estratégias para superar as fragilidades e os desafios do trabalho no CR. O Programa de Educação Permanente em Saúde para os profissionais do Consultório na Rua foi elaborado considerando as necessidades referidas pela eCR e dividido em três propostas: o Grupo de Estudos Pintando Saúde, I Fórum do Consultório na Rua Pintando Saúde e Seminário de Apresentação Semestral de Pesquisas Concluídas em 2017. As considerações apresentadas abordam estratégias para superar a invisibilidade da população em situação de rua, melhorias institucionais importantes para a equipe e articulação do CR com a rede de serviços socioassistenciais a essa população.

Palavras-Chave: População em Situação de Rua. Consultório na Rua. Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

The Street Doctor's Office (SDO) is a proposal from the Ministry of Health which aims to provide solution to the needs of homeless people. Through the development of full in loco actions, with wide approaches that seek to grant access to health services, social assistance, among other services, the Street Doctor's Office team (SDOt) performs its activities itinerantly, with actions on street, in special facilities and in mobile units. The objective of this essay was to suggest a Health Permanent Education Program to the "Pintando Saúde" Street Doctor's Office, of the Conceição Hospital Group, in Porto Alegre/RS. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, conducted at Pintando Saúde SDO. The participants were the very professionals of the SDOt that is being studied. The gathering of information was performed in two stages: 1st) field observation, along with the SDO in its approaches and services to the population (on street and health services); 2nd) focal group with the SDOt. There came up two categories of results: Frailties and challenges on daily work at the SDO; Strategies to overcome the work frailties and challenges at the SDO. The Health Permanent Education Program for the workers of the Street Doctor's Office has been created according to the needs mentioned by the SDOt. Divided in three proposals: Pintando Saúde Studies Group, 1st Pintando Saúde Street Doctor's Office Forum and Six-monthly Seminar of Presentation of Researches Conducted in 2017. The presented considerations demonstrate strategies to overcome the invisibility of homeless people, important institutional improvements for the team and the doctor's office articulation with the socio-assistance services network to this population.

Key-words: Homeless people. Street Doctor's Office. Health Permanent Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos Grupos Focais quanto ao número de encontros, datas, número de participantes e tempo de duração.....	41
Quadro 2 – Distribuição dos Participantes dos Grupos Focal em cada encontro.....	41
Quadro 3 – Descrição das Categorias e Subcategorias que emergiram neste estudo.....	47
Quadro 4 – Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do GHC – Porto Alegre/RS (Grupo de Estudos)	76
Quadro 5 – Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do GHC – Porto Alegre/RS (Fórum)	78
Quadro 6 – Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do GHC – Porto Alegre/RS (Seminário de Pesquisa)	79

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMAFASC	Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Fundação de Assistência Social e Cidadania
CR	Consultório na Rua
eCR	equipe de Consultório na Rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FG	Função Gratificada
GF	Grupo Focal
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEES	Núcleo de Estudos de Educação e Ensino na Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSR	População em Situação de Rua
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS E METAS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2.3 METAS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	17
3.1.1 Aspectos históricos e caracterização da população em situação de rua	17
3.2 CONSULTÓRIO NA RUA.....	23
3.3 SALA DE SITUAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	29
3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	31
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 LOCAL DO ESTUDO	34
4.3 PARTICIPANTES	37
4.4 COLETA DE DADOS	38
4.4.1 Primeira etapa: observação de campo.....	38
4.4.2 Segunda etapa: grupo focal	39
4.5 ANÁLISE DE DADOS	44
4.6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	45
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1 FRAGILIDADES E DESAFIOS NO COTIDIANO DO TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA.....	48
6.1.1 Dimensão da população em situação de rua	48
6.1.2 Dimensão institucional	51
6.1.3 Dimensão da articulação do CR com a rede de serviços.....	59
6.2 ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR AS FRAGILIDADES E OS DESAFIOS DO TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA	66
6.2.1 Dimensão da população em situação de rua	66
6.2.2 Dimensão institucional	67

6.2.3 Dimensão da articulação com a rede de serviços.....	72
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	75
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCALIS	91
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNISINOS	912
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - GHC.....	915

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), na linha de pesquisa Educação e Saúde. Está incluído no projeto de pesquisa População em situação de rua usuária de crack e outras drogas: Consultório na Rua como estratégia para promoção da atenção integral à saúde no município de Porto Alegre/RS. (LEAL et al., 2013).

A existência de um número expressivo de pessoas em situação de rua no Brasil é um reflexo do agravamento de questões sociais. Diversos fatores colaboram para esse agravamento e, conseqüentemente, para o crescimento da quantidade de indivíduos nesse contexto, entre eles: a rápida urbanização ocorrida no século XX, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional, a ausência de políticas públicas, entre outros. Nesse contexto, tornou-se cada vez mais expressiva a presença de uma População em Situação de Rua (PSR) nos grandes centros urbanos do país, indivíduos e famílias em situação de extrema pobreza, lutando por sua sobrevivência e marcando fortemente os cenários das ruas das cidades. (BRASIL, 2015; LOPES, 2006).

A invisibilidade é um dos grandes problemas dessa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos, uma prova disso é que somente em 2009 instituiu-se a Política Nacional para a PSR, e que o Movimento Nacional da PSR só surgiu no início do século XXI. (BRASIL, 2015; EBC, 2014). Ainda que existissem ações do Estado e da sociedade civil visando a essa população, estes agiam quase sempre com uma óptica assistencialista ou com políticas higienistas. (MORADORES, 2006). Ou seja, o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido na sociedade. (BRASIL, 2015).

Além da invisibilidade e da extrema vulnerabilidade social, esse grupo tem sido alvo de constantes atos de violência. (ARGILES; SILVA, 2011; VIOLÊNCIA, 2012). No Brasil, conforme dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 195 moradores de rua foram assassinados no país durante o primeiro semestre de 2013, representando uma média superior a uma morte por dia em todo país. (MNDH, 2013). Além da violência, o preconceito e a ocorrência de atos de violação dos direitos mais básicos, como acesso aos serviços de saúde, também são frequentes. O preconceito contra essas pessoas é manifestado corriqueiramente, e xingamentos (como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigo) são muito comuns. Esses modos de denominar esses indivíduos acabam influenciando a forma como eles próprios se percebem. (BRASIL, 2015).

Diante desse quadro, foi necessária uma mobilização do governo federal no sentido de criar uma política que desse conta das necessidades, direitos e deveres desses brasileiros. Assim, no primeiro Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua, em setembro de 2005, a população em situação de rua foi definida como um grupo populacional que vive à margem da sociedade, pelas mais diversas razões, entre as quais estão envolvidas tanto questões relacionadas às condições socioeconômicas quanto à dependência de álcool, crack e outras drogas. (BRASIL, 2006).

De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a população em situação de rua é definida como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como de unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. Esse decreto prevê, além da igualdade e da equidade, o acesso da PSR ao atendimento humanizado e universalizado em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2006).

Frente a essa demanda, foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o Consultório na Rua (CR), que integra o componente da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial, seguindo os fundamentos e as diretrizes definidas na PNAB. Essa política aborda o enfrentamento e a resolução dos diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, incluindo busca ativa e cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (BRASIL, 2009a).

Para nortear seu atendimento, o Departamento de Atenção Básica publicou em 2012 o Manual Sobre Cuidado à Saúde Junto à População de Rua, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população. Nessa perspectiva, a Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e do acompanhamento longitudinal, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além disso, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, sendo este o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2012a).

Com o objetivo de visualizar a situação de modo mais amplo, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), realizou em 2007 a Pesquisa Nacional sobre a PSR em 71 cidades brasileiras. Belo Horizonte, Recife e São Paulo não foram incluídas nesse trabalho, mas fizeram pesquisas semelhantes em anos recentes, bem como Porto Alegre, que realizava um estudo semelhante de iniciativa municipal no mesmo período. Nos resultados da pesquisa nacional foram identificados 31.922 adultos em situação de rua, vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, bicos, lixões, ferros-velhos ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, igrejas, casas de passagem e de apoio). (BRASIL, 2008a).

Contudo, esse número é mais expressivo quando contabilizadas as quatro capitais que fizeram estudos independentes. Belo Horizonte, com 1.827 pessoas em situação de rua no ano de 2014. (PBH, 2014). Recife, com 1.390 pessoas em situação de rua em 2005. (IASC, 2005). São Paulo, com o expressivo número de 15.905 pessoas em situação de rua em 2015. (FIPE, 2015). Porto Alegre, totalizando 1.347 pessoas em situação de rua no ano de 2011. (FASC 2011).

Somando-se o valor do contingente da pesquisa nacional aos números das pesquisas municipais, foram identificadas aproximadamente 50.000 pessoas em situação de rua. Contudo, esse contingente não deve ser tomado como o total de pessoas vivendo em situação de rua no país, considerando que a pesquisa nacional não englobou crianças e adolescentes e não abrangeu a totalidade dos municípios brasileiros. (BRASIL, 2011a).

Assim, cada vez mais o problema da PSR tem despertado a atenção dos órgãos públicos. Em junho de 2015, o prefeito de Porto Alegre, José Fortunati, lançou o programa Atenção à População de Rua, também conhecido como *Atenção Pop Rua*. Esse programa conta com diversas estratégias de atendimento a essa população, entre as quais se destacam a monitorização dessa população por meio de pesquisa e o desenvolvimento de ações de convivência e fortalecimento de vínculos, além da ampliação de equipes de abordagem, visando à redução de danos¹. (NOVO, 2015; PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2015).

Outras conquistas obtidas pela PSR foram: a contagem oficial por parte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ocorrerá no censo de 2020), a inclusão no Programa Minha Casa Minha Vida e a instituição do Centro Nacional de Defesa dos Direitos

¹ A Redução de Danos é uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo. (VINADÉ; CRUZ; BARBEITO, 2014).

Humanos da População em Situação de Rua, além do Movimento Nacional da População de Rua, com o objetivo de despertar a consciência política das pessoas que vivem em situação de rua. (BRASIL, 2015; MNPR, 2010).

A proposta do Consultório na Rua visa ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, criando vínculos baseados na confiança e trabalhando com a perspectiva da estratégia de redução de danos. (BRASIL, 2016a).

Contudo, mesmo após diversos avanços no que tange ao atendimento a esse grupo populacional, alguns estudos apontam fragilidades no atendimento a essa população sem endereço definido, tais como: falta de documentação civil das pessoas atendidas; rotatividade dos locais de permanência das pessoas em situação de rua; dificuldade de acesso e resolutividade nos serviços de saúde; carência de serviços e equipamentos essenciais para atenção integral à saúde; posturas preconceituosas e estigmatizantes por parte de diferentes atores sociais; banalização da vida e dos direitos de pessoas em situação de rua; falta de articulação e integração intra e intersetorial; descontinuidade da oferta de insumos de proteção e prevenção; falta de um transporte adequado às necessidades do trabalho na rua; fragilidade dos processos de contratação dos profissionais; qualificação profissional fragmentada; dificuldade de sustentabilidade e financiamento das ações desenvolvidas, entre outros. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; SANTANA, 2014; BRASIL, 2016b).

Em Porto Alegre (RS), visando atender à normatização do Ministério da Saúde (MS), que busca promover a saúde, a cidadania e a atenção à necessidade singular da população em situação de rua (PSR), em 2010 foi criado o “Consultório na Rua Pintando Saúde”, localizado da Zona Norte do município, sob o gerenciamento do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Os profissionais que atuam no serviço têm como meta para o ano de 2017 a implantação de um plano de ação por meio de um Programa de Educação Permanente em Saúde como estratégia para qualificar os atendimentos e a articulação com a rede, bem como para enfrentar as fragilidades relacionadas às especificidades que envolvem o cotidiano do trabalho no Consultório na Rua.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo educativo que busca promover a aprendizagem significativa e a transformação no trabalho, tanto das práticas como dos atores envolvidos. (CECCIM, 2005).

Assim, buscando articular a Universidade com o Serviço, a proposta desta dissertação de Mestrado Profissional é elaborar um Programa de Educação Permanente em Saúde a partir

das necessidades da equipe do Consultório na Rua (eCR) Pintando Saúde. Nessa perspectiva, o problema a ser abordado neste estudo refere-se à necessidade de conhecer e investigar, sob a óptica da eCR, “quais são as possíveis fragilidades do serviço? Quais são as estratégias e os desafios para qualificar o atendimento às pessoas em situação de rua?”.

Para isso, faz-se necessário conhecer e entender os nós críticos relacionados ao cotidiano dos atendimentos à PSR, bem como os que envolvem a articulação com a rede de serviços. Além disso, é preciso buscar com a eCR estratégias para lidar e superar fragilidades do serviço.

A pesquisa se justifica por considerar que os resultados poderão contribuir para a qualificação do atendimento nesse serviço de saúde, além de subsidiar o planejamento de ações estratégicas às especificidades que envolvem essa população, bem como colaborar no processo de problematização de realidades de eCR em outros serviços.

2 OBJETIVOS E METAS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Programa de Educação Permanente em Saúde para o consultório na Rua Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar com a equipe do CR as possíveis fragilidades e desafios no atendimento às pessoas em situação de rua;
- b) Definir junto com a equipe do CR estratégias para lidar/superar as possíveis fragilidades desse serviço;
- c) Desenvolver uma proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS.
- d) Validar, com a equipe do CR, o Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde – GHC/POA.

2.3 METAS

- a) Implantar o Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde – GHC/POA.
- b) Realizar seminário com a gerência do GHC e com o CR para apresentação dos resultados da pesquisa priorizando as questões institucionais levantadas.
- c) Realizar seminário para apresentação dos resultados da pesquisa com os profissionais que atuam na rede de serviços da área de abrangência do consultório na rua: Zona Norte e Eixo Baltazar, priorizando a dimensão da articulação com a rede de serviços, visando promover a qualificação de ações à PSR atendida pelo CR.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, os elementos para a contextualização teórica são apresentados, inicialmente com a definição da PSR e os dados relacionados à sua caracterização no Brasil. Também serão abordadas as políticas públicas voltadas à PSR incluindo a criação do Consultório na Rua, bem como a Sala de Situação como estratégia para planejamento de ações em Educação Permanente em Saúde.

3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A PSR é apresentada aqui sob os aspectos históricos e sua caracterização.

3.1.1 Aspectos históricos e caracterização da população em situação de rua

A utilização do espaço das ruas como meio de sobrevivência não é algo novo e constitui uma síntese de múltiplas determinações, cujas características a tornam um elemento de fundamental relevância na composição da pobreza nas sociedades capitalistas. Sua história inicia-se com o surgimento das cidades pré-industriais da Europa. A partir dessa época, com o desenvolvimento do capitalismo, iniciou-se o cenário urbano em várias partes do mundo, que teve como base a expropriação dos produtores rurais e camponeses e sua transformação em assalariados, no contexto da chamada acumulação primitiva e da indústria nascente. O fenômeno população em situação de rua surge no seio do pauperismo generalizado, vivenciado pela Europa Ocidental ao final do século XVIII. A condição de trabalhadores que só dispunham de sua força de trabalho para vender compeliu essa população à situação de absoluta pobreza e degradação humana, posto que nem toda classe trabalhadora foi efetivamente absorvida pelo mercado: os que foram absorvidos transformaram-se em assalariados sem direitos; e os que não o foram transformaram-se em mendigos, vagabundos e ladrões – e muitos destes em pessoas em situação de rua. (MARX, 1988; SILVA, 2009).

No Brasil, entre 1930 e 1970, ocorreu um processo de destruição de um padrão de acumulação fundado em atividades econômicas de bases agroexportadoras para um padrão de acumulação sustentado em uma estrutura produtiva de base urbano-industrial, desencadeando um fluxo migratório dos trabalhadores rurais para as cidades, em face da expulsão do meio rural sem que houvesse um movimento de atração em contrapartida, especialmente nas cidades localizadas no eixo sul-sudeste do País, nos quais o processo de industrialização foi

mais acelerado. A partir da década de 1980, intensificando-se na segunda metade da década de 1990, com a ocorrência do processo de reestruturação produtiva, em que as ocupações no setor industrial foram reduzidas, grande parte da população de origem rural que estava ocupada nesse setor ficou ociosa. (SILVA, 2009).

A realidade brasileira, embora com suas características próprias, está integrada à tendência de fragmentação mundial. O modelo econômico implantado no país produziu subjugados, pessoal e socialmente, com difícil perspectiva de transposição social. (COSTA, 2006).

A existência de indivíduos em situação de rua demonstra a profunda desigualdade social brasileira, inserindo-se na lógica do sistema capitalista de trabalho assalariado, em que a pobreza extrema caminha junto com o seu funcionamento. Esse fenômeno traz na própria denominação “rua” a marca do estigma e da exclusão a que são submetidas. Sua presença incomoda e desconcerta quem busca ver nas ruas a mesma tranquilidade asséptica de conjuntos habitacionais com circulação restrita de pessoas. (CARVALHO, 1987; COSTA, 2006).

Em contrapartida, a construção de propostas para o cuidado da PSR no Brasil iniciou-se na década de 1970 e 1980 a partir de uma iniciativa da Igreja Católica em um movimento de organização de pessoas em situação de rua. Nessa ocasião, implantou-se casas de assistência aos então chamados moradores de rua, e uma representação popular foi criada, sobretudo em relação aos catadores de material reciclável. Após o aumento da representatividade da PSR, os gestores públicos dos municípios de maior porte começaram a delinear estratégias de identificação e abordagem junto às demandas desse grupo social. Contudo, percebeu-se que o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), caracterizado pela responsabilização por uma área geográfica fixa e por uma população adscrita, não era apropriado para incluir moradores de rua em função de sua característica migratória, o que levava à exclusão da PSR da rede assistencial. (BRASIL, 2012a; FERREIRA, 2005).

Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou a primeira ESF específica e exclusiva para o atendimento da PSR, sem território de abrangência fixo. Mais tarde, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba seguiram esse exemplo e implantaram suas primeiras ESFs voltadas à PSR. (BRASIL, 2012a). Porém, era necessário caracterizar e conhecer o perfil dessa população para poder entendê-la e atendê-la de forma mais adequada.

Um dos desafios ao propor políticas que abarquem essa população é a diversidade de grupos e distintas localizações. A heterogeneidade dessa população e das condições em que se encontram torna difícil sua caracterização unívoca e imediata. Por exemplo, a existência de pessoas que não têm endereço fixo e de pessoas que têm endereço, mas permanecem a maior parte do tempo nos logradouros públicos, ou ainda de pessoas que sem recursos dormem circunstancialmente nas ruas e de outras que a rua representa o seu *habitat*, onde se estabelece uma intrincada rede de relações. (FERREIRA, 2005).

O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia. Estabelecem, desta maneira, um *continuum*, tendo por referência o tempo na rua, ou seja, conforme esse tempo aumenta, torna-se estável a condição de morador. (SILVA, 2009; VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 1994).

São diversos os grupos de pessoas que estão nas ruas: imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciários e psiquiátricos, pessoas que procuram as ruas para utilizar drogas, entre outros, constituindo uma enorme gama de pessoas vivendo o cotidiano das ruas. Ressalta-se ainda a presença de “andarrilhos” ou “trecheiros”: pessoas que transitam de uma cidade para outra, na maioria das vezes caminhando a pé pelas estradas, pedindo carona ou se deslocando com passes de viagem concedidos por entidades assistenciais. (BRASIL, 2008b).

Já a PSR “utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”. Essa população é constituída por um grupo heterogêneo sem moradia convencional regular, vivendo em pobreza extrema, cujos vínculos familiares são precários ou inexistentes. (BRASIL, 2009a, p. 1).

Apesar da definição expressa, a multiplicidade de condições pessoais, a diversidade de soluções dadas a subsistência e moradia, as diferenças de tempo em que os vínculos familiares se dissolveram e as novas formas de socialização se consolidaram são alguns dos inúmeros fatores que dificultam a formulação de conceitos unidimensionais a respeito da PSR. Além disso, é necessário considerar três condições que se articulam para a configuração da situação de rua: pobreza extrema, vínculos familiares rompidos ou fragilizados e inexistência de moradia convencional. A pobreza também constitui uma categoria multidimensional que não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas como uma categoria política que se traduz pela dificuldade de acesso a direitos e oportunidades. (BRASIL, 2011a).

Existem diferentes formas de se viver nas ruas. Essas formas expressam os diferentes movimentos de inserção nesse espaço que devem ser considerados em seus aspectos transitórios e permanentes. O que diferencia essas situações é o grau, maior ou menor, de inserção no mundo da rua e a dependência das redes de vínculos construídas na rua para garantia da sobrevivência cotidiana. Em situações transitórias, algumas pessoas ficam na rua como consequência de uma circunstância, na qual o indivíduo, sem condições econômicas, possivelmente resultado de desemprego ou situação de ruptura familiar, pernoita alguns dias na rua, embora ainda preserve uma rede de apoio e suporte a qual poderá recorrer. Em outros casos, com o passar do tempo e convivendo com outros sujeitos que se encontram na mesma situação, o indivíduo descobre formas de resistência e sobrevivência nas ruas, constitui novas redes de relações que reduzem o traço ameaçador e vulnerável das ruas, vinculando-se de forma mais significativa a esse espaço. Assim, gradativamente, a nova rede de vínculos construída na rua passa a ser uma referência progressiva para aquele indivíduo, e sua vinculação à rua passa a ser mais forte que outros laços construídos outrora, em outros espaços. (BRASIL, 2011a).

Uma vez fortalecidos os vínculos com o espaço da rua, pode-se instalar um processo em que a rua passa a ser um espaço primordial de relações pessoais e estratégias de sobrevivência, conduzindo a uma gradativa adesão aos códigos das ruas como local de moradia e trabalho. A dificuldade de acesso a serviços públicos de qualidade, a falta de respostas às necessidades e demandas, com a devida agilidade e com respeito à dignidade, contribuem para que a rua se configure como um espaço de resistência e sobrevivência. (BRASIL, 2011a).

Em relação a caracterização da população em situação de rua, entre agosto de 2007 e março de 2008, no Brasil, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que representou um grande avanço no que diz respeito à ampliação dos conhecimentos para o aprimoramento de políticas. O estudo permitiu caracterizar a PSR e subsidiar a formulação e implantação de políticas públicas para esse segmento. Possibilitou também compreender os modos de vida dessa população, a exemplo das suas características socioeconômicas, escolaridade, tempo de permanência nas ruas, faixa etária, fontes de renda, relações e vínculos estabelecidos, entre outros aspectos. (BRASIL, 2008a).

O referido estudo foi realizado em 71 cidades incluindo 31.922 pessoas adultas em situação de rua. Buscou informações relacionadas ao perfil, saúde, mobilidade e hábitos de higiene. Entre os resultados, destacam-se: 82% são homens, e 67% da população masculina é

afrodescendente; 52,6% são trabalhadores do mercado informal – catadores de material reciclável (27,5%), flanelinhas (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%), carregadores e estivadores (3,1%). A maioria (47,7%) nunca teve carteira assinada ou não trabalhava formalmente há muito tempo; 25% não possuíam documentação pessoal; 95% não estudavam no momento da realização da pesquisa; 75% sabiam ler e escrever, sendo que a metade tinha até o primeiro grau incompleto; e 15% nunca haviam estudado. (BRASIL, 2008a).

Os resultados da Pesquisa Nacional apontaram que 70% da PSR tinha como motivos para viver na rua: consumo de álcool e/ou outras drogas, desemprego e conflitos familiares. Revelaram ainda que 48,8% estava há mais de dois anos dormindo nas ruas ou em serviços de acolhimento, 60% com histórico de internação e/ou institucionalização em uma ou mais instituições, como abrigo institucional, orfanato, casa de detenção e hospital psiquiátrico. Os resultados também mostraram que 51,9% da PSR possuía algum parente residindo na cidade; 40% não mantinha qualquer contato com a família; 34,3% mantinha contatos mais frequentes (diários, semanais ou mensais); e 10% estava acompanhada de algum familiar. (BRASIL, 2008a).

Ainda referindo-se à Pesquisa Nacional, 69,6% costumava dormir na rua e 20% preferia dormir em instituições. Entre os que preferiam dormir em albergues, 69,3% apontaram a violência nas ruas como o principal motivo. Os motivos mais frequentes para não dormir em serviços de acolhimento foram: falta de liberdade (44,3%), dificuldades com horários (27,1%) e proibição do uso de álcool e outras drogas (21,4%). Os fatores mencionados como motivos para o não acesso aos serviços de acolhimento remetem à necessidade de reflexão sobre a dinâmica de funcionamento desses serviços. (BRASIL, 2008a).

Alguns estudos corroboram a pesquisa nacional realizada quando referem que a violência aparece como a principal preocupação para essas pessoas, principalmente à noite, com relatos de agressões e até de mortes enquanto dormem, motivo pelo qual preferem dormir de dia e ficarem acordados à noite, dormir em grupos, sair do local em que estiveram durante o dia para dormir ou, ainda, dormir perto de postos policiais. (AGUIAR; IRIART, 2012; COSTA, 2006; VARANDA; ADORNO; 2004).

A maioria dos participantes da Pesquisa Nacional informou que fazia ao menos uma refeição por dia (80%), poucos (27,4%) compravam comida com seu próprio dinheiro, e 19% não se alimentavam diariamente. Quanto aos problemas de saúde, 29,7% afirmaram ter algum. Os mais citados foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos/mentais (6,1%),

HIV/AIDS (5,1%), e problemas de visão/cegueira (4,6%). Além disso, 18,7% afirmaram fazer uso de algum medicamento, 43,8% quando estão doentes procuram inicialmente o hospital/emergência, e 27,4% procuram serviços de atenção básica. (BRASIL, 2008a).

Ainda sobre a pesquisa nacional é importante salientar que são recorrentes os relatos da PSR referentes à recusa em ir para unidades de saúde devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e de impedimento de entrada nas unidades de saúde. A Pesquisa Nacional revelou que 18,4% da PSR já passou por experiências de impedimento de atendimento na rede de saúde. (BRASIL, 2008a).

As representações sociais sobre essa população reforçam a construção de uma autoimagem e identidade negativas, o que leva ao rebaixamento da autoestima, dificultando o surgimento de uma consciência crítica sobre sua própria condição e, por consequência, a reivindicação de seus direitos e a construção de novos projetos de vida que incluam a possibilidade de saída das ruas. Da mesma forma a culpabilização que a visão da sociedade tende a atribuir às pessoas em situação de rua pela condição vivenciada, localizando unicamente nesses indivíduos a causa desse complexo processo, assim como os recursos necessários para sua superação. (BRASIL, 2011a; MATTOS; FERREIRA, 2004).

É importante ressaltar que resultados da pesquisa nacional revelaram que, ao contrário das representações sociais a respeito da PSR, uma minoria (15%) pedia dinheiro nos espaços públicos como sua principal fonte de sobrevivência. Assim, não se trata de uma população de “mendigos” ou “pedintes”, mas de trabalhadores que têm alguma profissão (58,6%), embora na economia informal. (BRASIL, 2008a).

Em Porto Alegre, de acordo com dados do último Censo Demográfico do Brasil, realizado em 2010 pelo IBGE, a população total era de 1.409.351 habitantes. Dados computados pelo serviço de Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Fundação de Assistência Social e Cidadania (CMAFASC), em 2012, revelam que 4.484 pessoas estão em situação de rua na cidade, ou seja, cerca de 0,32% da população de Porto Alegre. (IBGE, 2015; CMAFASC, 2015). Uma nova pesquisa qualitativa e quantitativa já está sendo realizada em Porto Alegre, cujo objetivo é traçar o perfil da PSR do município. O projeto está sendo executado em parceria com a Fundação de Assistência Social e Cidadania e com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (FASC, 2015).

A partir da definição e do conhecimento do perfil dessa população foi possível a criação de uma política específica para esse grupo populacional a fim de garantir seus direitos de acordo com os princípios do SUS. (TEIXEIRA, 2011).

Em 2009, por meio do Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, com o objetivo de, entre outros, assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda, por meio da articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o SUS, a fim de qualificar a oferta de serviços. (BRASIL, 2009a).

Contudo, os programas direcionados para a atenção à população de rua têm muito a melhorar e devem estar pautados em políticas que objetivem o pleno exercício da cidadania e, para isso, necessitam formar redes com outras políticas públicas (educação, trabalho, saúde, cultura, etc.). O campo da saúde ainda sofre com a fragmentação e a precarização, pois, ainda que a saúde seja um direito constitucional, no Brasil é um direito muito desigual. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

3.2 CONSULTÓRIO NA RUA

O Consultório de Rua teve origem a partir de uma experiência que ficou conhecida como Banco de Rua, desenvolvida na Praça da Piedade, em Salvador, idealizada e conduzida pelo Prof. Antonio Nery Alves Filho (Psiquiatra, Doutor em Sociologia). A inspiração veio quando Nery Filho, no início dos anos de 1990, então doutorando de Sociologia, em Paris, conheceu a ONG Médicos do Mundo, organização francesa formada por profissionais de saúde que atendem pessoas em situação de vulnerabilidade social – como moradores de rua e profissionais do sexo –, por meio de um ônibus equipado como clínica. Nesse ônibus, os usuários tinham a oportunidade de conversar com alguém, de serem examinados sem nenhuma exigência, além de serem oferecidos diversos atendimentos a essas pessoas, como em um ambulatório. Ao retornar para Salvador, constatou que a presença de meninos e meninas de rua nos atendimentos do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), organização criada como atividade e serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, estava diminuindo. Ao indagar a esses pacientes acerca do não comparecimento ao atendimento, Nery Filho percebeu que a metodologia institucional não se adequava às necessidades desses jovens e crianças. Foi a partir de então que ele, juntamente com uma equipe multidisciplinar, resolveu ir à Praça da Piedade, a fim de observar o ambiente e o modo de vida dos meninos e meninas em situação de rua, atividade que ficou conhecida como Bancos de Rua. (CETAD, 2010).

Somadas essas experiências, Nery Filho redigiu o projeto do Consultório de Rua e, ao longo de sete anos, o Consultório de Rua do CETAD alcançou dezenas de meninos, meninas e familiares em seis regiões metropolitanas de Salvador, desenvolvendo práticas redutoras de riscos e danos (troca de seringas, distribuição de preservativos) diante do risco de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana adquirida (HIV), além de muitos outros cuidados de saúde. A experiência de Salvador passou a ser referência para novos projetos do MS, reconhecendo em 2009 o Consultório de Rua como experiência institucional inovadora. (CETAD, 2010).

Inicialmente, as equipes de Consultório de Rua eram ligadas à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Após a publicação das Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, essas equipes foram solicitadas a migrar, por meio de formulários indicados nas duas portarias supracitadas, para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua, tornando-se então uma modalidade de equipe de Atenção Básica. Essa mudança firmou o interesse compartilhado entre as áreas envolvidas para que essas equipes abordem os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da PSR, incluindo pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de álcool, crack e outras drogas, bem como a prática de Redução de Danos em sua abordagem. Essas equipes devem, sempre que necessário, utilizar as instalações das UBS do território, bem como compartilhar o cuidado com as equipes de atenção básica das UBS, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros pontos de atenção. (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

Atualmente, a maioria das equipes voltadas para o atendimento da população em situação de rua está vinculada ao Departamento da Atenção Básica do MS, não mais à coordenação de saúde mental, sob a denominação de consultório na rua. As atuais equipes responsabilizam-se pela atenção primária à saúde dessas pessoas. Na prática mudaram, além do nome, a composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde mental. Nessa nova composição engloba-se o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, como a tuberculose, bem frequente nessa população, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele, como as úlceras de membros inferiores, por exemplo, problemas ortopédicos, (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica. Dessa forma, a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das

ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde dessa população. (SANTANA, 2014).

Uma experiência de campo no cenário de duas equipes dos consultórios de rua dentro de um mesmo Estado desvelou metodologias de trabalho completamente distintas, com equipes de quantitativo, configurações e olhares diferentes, oriundos da sua estrutura multidisciplinar. Uma das equipes atuava na rua em uma concepção de saúde integral, fazendo educação em saúde e trabalhando em rede, enquanto que a outra tinha em sua composição uma equipe predominantemente voltada para a redução de danos. Nesse sentido, cabe repensar de que forma a estrutura multidisciplinar das equipes, não bem definida nos programas de consultório de rua e na rua, pode ou não influenciar a metodologia de trabalho. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; SANTANA, 2014).

Hoje, a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, assim como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do SUS, destacando-se aqueles que trabalham na atenção básica e em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e de ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das eCR, que são, portanto, equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais nesse cuidado. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016c).

O CR é um dispositivo que desenvolve ação integral *in loco* cujo objetivo é atuar de forma resolutiva perante necessidades da PSR, com abordagens ampliadas que possibilitem o acesso ao cuidado como um direito – a saber, o direito à atenção integral à saúde –, estendido a todo e qualquer brasileiro. As equipes realizam suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas e em unidades móveis; para tanto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território também podem ser utilizadas. Além disso, é necessário articular e desenvolver ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)), com centros de atenção psicossocial, rede de urgência, serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2011b).

Trata-se de um dispositivo para além do modelo biomédico, que se distancia da lógica de demanda espontânea e abordagem única voltada à abstinência de drogas, caracterizando-se

fundamentalmente por oferecer cuidados no próprio espaço da rua, respeitando o contexto sociocultural da população. (OLIVEIRA, 2009; PACHECO, 2014). Lembra muito o conceito de Clínica Peripatética², em que a clínica praticada não se adapta aos protocolos conservadores e tradicionais como os consultórios convencionais e os hospitais psiquiátricos, tratando-se de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. (LANCETTI, 2008).

As eCRs são multiprofissionais e lidam com diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Suas atividades incluem a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, de acordo com modalidades (I, II ou III) determinadas pela Política Nacional de Atenção Básica, e recebem repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde. As equipes podem ser compostas por: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (BRASIL, 2012d; BRASIL 2014a).

A definição do número de profissionais e o repasse financeiro ao CR são estipulados de acordo com a modalidade, as quais são descritas a seguir:

- a) Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, entre os quais dois obrigatoriamente deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, e os demais deverão ser agente social³, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação), com repasse financeiro do MS de R\$19.800,00 por equipe. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b);
- b) Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, entre os quais três obrigatoriamente deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, e os demais deverão ser agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação, com repasse

² Conforme Antônio Lancetti (Psicólogo Consultor do MS e atual analista institucional das equipes de Consultório na Rua), o termo peripatético provém de *peritatêō*: passear, ir e vir conversando. Termo utilizado na escola filosófica de Aristóteles, biografias de Freud, Nietzsche e por fim na clínica cartográfica de Gilles Deleuze. (LANCETTI, 2008).

³ Entende-se por agente social o profissional que desempenha 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, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É considerado equivalente ao profissional de nível médio. (BRASIL, 2011b).

financeiro do MS de R\$27.300,00 por equipe. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b);

- c) Modalidade III: equipe da Modalidade II, acrescida de um profissional médico, com repasse financeiro do MS de R\$35.200,00 por equipe. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Na configuração descrita deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior, e todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. Caso seja necessário o transporte da eCR para a realização do cuidado *in loco*, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da unidade móvel. Esse veículo deverá ter identificação visual padronizada, viabilizar o transporte com capacidade de levar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados em seu interior. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012d).

As eCRs terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, entre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (BRASIL, 2012d).

Conforme Nota Técnica de Abril de 2016, atualmente oito eCRs estão credenciadas no Departamento de Atenção Básica do MS no Estado do Rio Grande do Sul, seis com Modalidade II e duas com Modalidade III. (BRASIL, 2016c). O número de eCRs por município é publicado em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à PSR. O parâmetro adotado é de uma eCR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua. Em Porto Alegre (RS) atualmente funcionam duas eCRs, uma na Zona Norte da cidade, criada em 2010 (Modalidade II), e outra na região Central da cidade, criada em 2012 (Modalidade III), uma terceira eCR está sendo projetada para o Bairro Restinga na Zona Sul da cidade. (PORTO ALEGRE, 2012). Nessa cidade com população superior a 300.000 habitantes, poderão ser financiados pelo MS mais duas eCRs, além das duas existentes, totalizando um teto máximo de quatro para todo o município. (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2016d).

Em municípios ou áreas que não tenham eCR, a atenção integral à PSR é responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo profissionais de saúde bucal e do NASF do território onde essas pessoas estão concentradas. (BRASIL, 2012b).

O CR, por sua vez, coloca em xeque o funcionamento do SUS, já que ao ingressar na rede de atenção com essa população tão diversa acaba por evidenciar diversas fragilidades dessas redes. Além de servir como um serviço de atenção aos moradores ou pessoas em situação de rua, torna-se um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. Por meio das diversas demandas, percorre a rede de saúde e intersetorial, mesclando-se a ela muitas vezes sob tensão, buscando articulação para o atendimento daqueles que, até então, encontravam-se invisíveis nos/aos cenários do SUS. O CR, ao acolher as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz, cotidianamente, estranhamentos na própria rede. Com o estranhamento, emergem situações observadas e sentidas, para as quais não se têm respostas prontas, e que levam a eCR a sair da zona de conforto do diagnóstico e recomendações ao autocuidado no domicílio. A rede é tensionada por uma demanda, por ora invisível, de uma população até então inexistente. O CR mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção da qual participamos para um SUS que diga respeito a todos. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Em 2015, o grupo de pesquisa População em situação de rua usuária de crack e outras drogas: Consultório na Rua como estratégia para promoção da atenção integral à saúde no município de Porto Alegre (RS), ao qual este estudo está vinculado, objetivando caracterizar a população em situação de rua, cadastrada no CR do GHC, quanto aos dados sociodemográficos, encontrou 143 usuários cadastrados no período do estudo (2010 a 2014) e levantou os seguintes resultados: 92 homens e 51 mulheres. Entre estes, a média de idade era de 35 anos; quanto à raça/cor, não havia registro em 58% dos prontuários, sendo que 23,8% eram afrodescendentes; 86,7% eram procedentes de Porto Alegre; e 21,7% tinham atividade remunerada, dos quais 20 eram homens e 11 eram mulheres, porém não havia informação quanto a esse quesito em 74,8% dos registros. Para 63,6% das mulheres, a atividade remunerada era a prostituição. A renda da maioria dos homens estava relacionada à atividade de mecânico e borracheiro (30%) e à construção civil (25%); 85 prontuários citaram o uso do crack; em 42, foi citado o uso do álcool; e em 12 prontuários, o uso do tabaco. Entretanto, na maioria dos prontuários não havia registro relacionado ao uso das respectivas drogas. As comorbidades foram encontradas em 42 prontuários, dos quais 59,52% estavam relacionados ao HIV. (SOUZA et. al., 2015).

Nos resultados de pesquisa nas fichas de atendimentos da PSR do CR em estudo, que investigou os atendimentos realizados no período de 2010 a 2014, foram identificados 2.848 atendimentos, nos quais os homens representaram 59,7%; as faixas etárias mais frequentes

foram: 18 a 30 anos (37,8%) e 31 a 40 anos (24,5%). A abordagem na rua representou 67% dos atendimentos. Além disso, em 94% dos atendimentos a demanda não foi espontânea, e 6% buscaram o CR. Também foi identificado que 6,5% dos usuários utilizam o contato via telefone⁴ com o serviço. Outros tipos de atendimentos realizados pelos profissionais do CR foram a orientação nutricional (30,8%) e a distribuição de preservativos (18,3%). Destaca-se que o diálogo foi o principal tipo de abordagem (97,1%). (OLIVEIRA et. al., 2015).

Vale dizer que as pesquisas realizadas no CR em estudo, relacionadas à caracterização dos usuários e do atendimento à PSR, contribuíram para subsidiar a elaboração do Programa de Educação Permanente em Saúde, para esse serviço. (SOUZA et. al., 2015; OLIVEIRA et. al., 2015). O referido programa, apresentado no Capítulo 7 desta dissertação, foi elaborado a partir das necessidades referidas pela eCR, na Sala de Situação em Saúde. Ressalta-se que a Sala de Situação pode ser utilizada como estratégia para o planejamento de ações de educação em saúde, o que será abordado a seguir.

3.3 SALA DE SITUAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a Sala de Situação em Saúde é um espaço físico e virtual no qual são apresentados e discutidos dados relacionados à saúde e às doenças de uma população em determinado período de tempo. A Sala de Situação em Saúde tem por objetivo disponibilizar informações, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento. Demonstra a atuação governamental no âmbito do SUS, fornece referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuir para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde. É composta por quatro módulos: socioeconômico, ações em saúde, situação de saúde e gestão em saúde, os quais são descritos a seguir. (OPAS, 2010).

O módulo referente aos aspectos **socioeconômicos** apresenta e discute dados demográficos e territoriais que permitem identificar a situação conjuntural brasileira. Reúne dados políticos de estados e municípios, bem como as representações no poder Legislativo e sua atuação na área da saúde por meio de emendas e convênios. (OPAS, 2010).

O módulo **ações em saúde** possibilita o acompanhamento das metas físicas, coberturas e repasses financeiros relacionados às principais ações e programas do Ministério da Saúde. O

⁴ O CR do GHC entrega um cartão de visita nas abordagens aos usuários, sendo possível para o usuário realizar ligações no modo “a cobrar”.

módulo **situação de saúde** disponibiliza indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como problema de saúde pública. Auxilia na elaboração de análises contextuais utilizadas na formulação de políticas e na avaliação de intervenções específicas no campo da saúde. (OPAS, 2010).

Por fim, o módulo **gestão em saúde** aborda a execução orçamentária do Ministério da Saúde, por unidade orçamentária, programas e ações; informa os limites financeiros por empenho e por fontes de recurso; detalha a situação de convênios e apresenta as transferências fundo a fundo, particularizando os repasses financeiros; exhibe informações sobre estabelecimentos e profissionais de saúde em atuação no SUS; mostra indicadores de processo e resultados do monitoramento do Pacto pela Saúde; e disponibiliza os dados referentes ao processo de gestão, à descentralização e ao controle social. (OPAS, 2010).

O GHC iniciou em 2015 a prática da Sala de Situação em Saúde. Em 2016, a proposta foi realizar um processo de planejamento integrando o Serviço de Saúde Comunitária em sua globalidade, além de momentos com planejamento local do CR, considerando suas especificidades nas 17 unidades desse serviço. Esse planejamento tem como objetivos: reconhecer a realidade do território (as necessidades de saúde da população e o processo/resultados do trabalho da equipe), priorizar problemas e analisá-los em suas causas e consequências, construir planos de ação para enfrentar os problemas priorizados e construir um cronograma anual para fazer a gestão do plano de ação e coordenação do processo de trabalho. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2016).

O planejamento do Consultório na Rua Pintando Saúde/GHC utilizou a Sala de Situação em Saúde como ponto de partida para identificar as necessidades de saúde da população do território, bem como do processo do trabalho da equipe. Assim, a partir do entendimento da situação de saúde da população atendida, do levantamento de problemas com governabilidade ou não da equipe e do atendimento oferecido, serão definidas as metas para 2017. Nessa perspectiva, por meio da solicitação da eCR, a autora da pesquisa realizou grupos focais⁵ para promover as discussões previstas na sala de situação de 2016 do CR e propor um Programa de Educação Permanente em Saúde que contemple as metas definidas pelo grupo para 2017.

Considerando as peculiaridades do Mestrado Profissional em Enfermagem e a inserção na Universidade no serviço com um projeto de pesquisa (LEAL et al., 2013), a proposta deste estudo foi elaborar o Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua

⁵ Os encontros de grupos focais são explicados na Seção 4.4.2.

Pintando Saúde. A seguir, serão apresentadas as considerações acerca da Educação Permanente em Saúde.

3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente é aprendizagem em trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, além de basear-se na aprendizagem significativa⁶ e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, sendo feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e levando em conta os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização⁷ do processo, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2009b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. (BRASIL, 2004).

Insere-se ainda em uma necessária construção de relações e processos, implicando as equipes e seus agentes às práticas organizacionais e as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. A EPS pode corresponder à Educação em Serviço, à Educação Continuada e à Educação Formal de Profissionais, porém sempre alinhada à porosidade, à realidade mutável

⁶ A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa, e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Diferentemente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdo. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências. (BRASIL, 2005).

⁷ Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. (BRASIL, 2005).

e mutante das ações e dos serviços de saúde, mantendo sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, fomentando espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional e ruptura com o instituído. (CECCIM, 2005). Para isso, é preciso expor o trabalho vivo em ato para a própria autoanálise e, pedagogicamente, abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso. (MERHY, 2005).

Em 2009, o MS publicou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), relacionando-a com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde, com a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo em Saúde, propondo a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo contextos e histórias de vida e assegurando um adequado acolhimento e responsabilização⁸ pelos problemas de saúde das pessoas e das populações, envolvendo a contribuição do ensino e a construção do SUS. (BRASIL, 2009b; CECIM; FERLA, 2016).

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação e nos processos de trabalho é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente, nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais. Eles devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos. (BRASIL, 2005).

A primeira condição para que um ser exerça um ato comprometido é a sua capacidade de atuar e refletir, ou seja, essa capacidade de atuar, de operar, de transformar as realidades postas, de acordo com a finalidade proposta pelo homem, à qual está associada sua capacidade de refletir, o que o faz um ser da práxis. (FREIRE, 2014).

Dessa maneira, a EPS busca transformar o serviço, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos, oferecendo suporte para que possam desenvolver estratégias para solucionar suas fragilidades, amenizando as necessidades de sua comunidade. (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

⁸ Na Saúde, a palavra “responsabilização” tem vários sentidos. Em relação ao cidadão, ela significa o abandono de uma atitude passiva com relação à sua própria saúde e a busca da melhor qualidade de vida possível. Em relação aos profissionais e ao sistema, ela pode ser entendida como a capacidade de assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou de um indivíduo. (BRASIL, 2005).

A proposta da Sala de Situação do GHC vem ao encontro da proposta de EPS, levando os diferentes atores⁹ que atuam no CR a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única e como rede articulada, além de repensar os modos de se fazer saúde, as práticas de atenção, as maneiras de gestão e autogestão para, a partir de então, criar novos caminhos de fortalecimento da eCR, da atenção a essa população e até mesmo do SUS.

⁹ Em Saúde, os atores são indivíduos, grupos ou instituições capazes de interferir de forma ética e/ou política numa determinada situação, de acordo com um projeto próprio. (BRASIL, 2005).

4 METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico que a presente pesquisa seguiu.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem o objetivo de abordar o mundo “extramuros” (e não em contextos especializados de pesquisa, como os laboratórios) e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais de diversas maneiras, uma delas é analisando experiências de indivíduos e grupos. Essas experiências podem estar relacionadas às práticas profissionais, e podem ser tratadas analisando-se conhecimento, relatos e histórias do dia a dia. Essa abordagem busca ainda esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido, ou que lhe ofereçam uma visão rica. (FLICK, 2009a). Na saúde pública são os métodos qualitativos, e não os quantitativos, que levam a resultados relevantes no que diz respeito a temas e relações sociopolíticas devido à sua complexidade. (FLICK, 2009b).

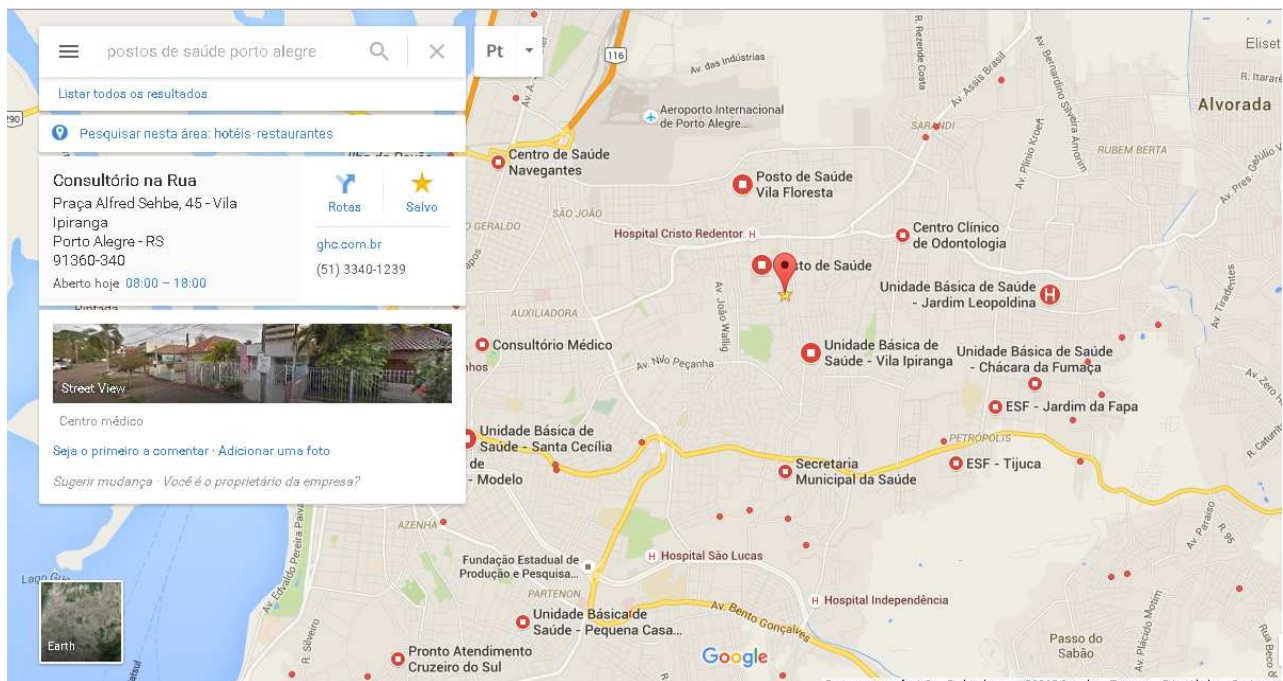
As pesquisas exploratórias buscam proporcionar o reconhecimento do problema, explorando seus aspectos, e as descritivas investigam as características de determinado grupo. (POLIT, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, com mais de 1,4 milhão de habitantes, conforme dados do último censo em 2010. (IBGE, 2015). A presente pesquisa utilizou como local o CR do GHC, implantado em outubro de 2010 por recomendação nacional do Ministério da Saúde, que foi designado em seu projeto de criação pela consigna “Pintando Saúde”, tendo em vista constituir uma modalidade de atenção e cuidado de característica extramuros, dirigida a pessoas que estejam vivendo situações e condições de vulnerabilidade social, distanciadas da rede de serviços de saúde ou de suas práticas intersetoriais de proteção (assistência social, educação, lazer, cultura e trabalho, entre outros), e destinada à ação na rua, invertendo o fluxo de que cabe à população ou às pessoas virem até o serviço de saúde, uma vez que o serviço de saúde pode “pintar na

área” e encontrar-se com as pessoas, onde elas estão construindo laços de cuidado e acolhimento. Essa perspectiva é decorrente do princípio ético da equidade no direito à saúde e da diretriz normativa da integralidade da atenção à saúde¹⁰. O serviço tem como objetivo abordar pessoas em situação de rua e atuar na redução de danos, mantido em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o GHC. O território de abrangência do CR Pintando Saúde corresponde à Zona Norte da cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, com especial orientação à subárea designada como Eixo da Av. Baltazar de Oliveira Garcia ou, simplesmente, Eixo da Baltazar, indicado na Figura 1 e Figura 2.

Figura 1 – Localização do Consultório na Rua



Fonte: Porto Alegre (2015).

¹⁰ A integralidade da atenção à saúde envolve, entre outras coisas: (a) a ideia da “clínica ampliada”, em que o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adocece e para a realidade em que ela vive; (b) o trabalho em equipe multiprofissional (formada por profissionais de diferentes áreas) e transdisciplinar (com conhecimento em várias áreas do saber); (c) a ação intersetorial; (d) o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional. (BRASIL, 2005).

Figura 2 – Fachada do Consultório na Rua



Fonte: Autora da Pesquisa.

O CR é constituído por uma equipe multiprofissional composta por sete profissionais de diferentes áreas: uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um técnico administrativo, uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. O CR é constituído por duas microequipes, cada uma responsável por áreas geográficas de atuação.

A Microequipe 1 é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma terapeuta ocupacional, atua no território designado “Arredores”, que compõe ruas próximas ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o “Mato” – situado na Rua Manoel Elias, trata-se de um terreno baldio utilizado por pessoas em situação de rua para dormir, comprar e utilizar drogas – e o “Porto Seco”, região próxima ao Aeroporto Internacional Salgado Filho, onde situa-se o Complexo Cultural do Porto Seco, que abriga o Sambódromo, palco do carnaval da cidade, uma região utilizada por mulheres, homens e LGBTs (Lésbicas, Gays, Bissexuais ou Transgêneros) para a prostituição.

A Microequipe 2 é composta por uma assistente social, uma psicóloga e uma técnica de enfermagem, atua no território designado “Praça México”, uma praça ampla situada no bairro Jardim Leopoldina, muito utilizada por PSR, onde a droga de preferência é a bebida alcoólica, as “Sinaleiras”, o “Valão do Sarandi” e o “Triângulo da Assis Brasil” – local onde encontra-se PSR dormindo em baixo de marquises, guardando carros e pedindo dinheiro em sinaleiras – e o “Chico Mendes”, parque localizado entre os bairros Jardim Leopoldina e Chácara da Fumaça, utilizado por PSR onde predomina o uso de álcool como droga de preferência.

O deslocamento para essas áreas é feito com uma Van terceirizada contratada pelo GHC (Figura 2). No período da manhã, de modo geral, o CR não realiza abordagens aos usuários nos locais descritos acima, nesse turno é desenvolvido todas as demandas internas, como: evoluções em prontuário, ligações para acionamento da rede de saúde, reuniões com as equipes do consultório e distrito de atuação, cursos de aperfeiçoamento, etc. No turno da tarde, são feitas abordagens pelas microequipes nos locais descritos. O CR do GHC não funciona no período noturno e fica aberto das 8h às 18h.

Figura 2 – Van para deslocamento da eCR do GHC



Fonte: Autora da autora.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram os profissionais que integram a eCR Pintando Saúde e residentes do GHC no período da coleta de dados, totalizando 13 profissionais. Foi considerado os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a) Critérios de inclusão: profissional da equipe do CR; residentes do GHC que estavam incluídos na equipe no período da coleta dos dados;
- b) Critérios de exclusão: estar em férias ou licença no período da coleta dos dados.

Foram incluídos, dessa maneira, os profissionais da equipe (1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social) e os residentes do GHC que estavam incluídos na equipe no período da coleta dos dados (3 residentes do segundo ano da saúde mental e 3 residentes do primeiro ano da saúde coletiva).

Foram excluídos dois profissionais da equipe, uma psicóloga que estava em licença saúde nos três primeiros encontros, sendo incluída no quarto encontro, e a assistente administrativa que estava em férias no primeiro encontro, sendo incluída no segundo, terceiro e quarto encontro.

Os participantes receberam os pseudônimos Participante 1 (P1), Participante 2 (P2) e assim sucessivamente, a fim de garantir seu anonimato.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi realizada observação dos atendimentos aos usuários nos campos de prática de atuação do CR. Na segunda etapa, foram realizados grupos focais incluindo os profissionais da equipe do CR e residentes do GHC. A seguir, será descrita cada etapa.

4.4.1 Primeira etapa: observação de campo

O objetivo desta etapa foi conhecer a atuação dos profissionais do CR nos campos de prática, buscando subsídios para entender a complexidade que envolve os atendimentos aos usuários em situação de rua. Para tanto, utilizou-se a técnica de observação e o diário de campo.

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade; não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que deseja estudar. Ela ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento, obrigando o investigador a um contato mais direto com a realidade. (LAKATOS; MARCONI, 2010).

O observador participante toma parte no funcionamento do grupo estudado e esforça-se para observar e registrar informações dentro de contextos e experiências relevantes para os participantes. Assumindo esse papel, o observador, por meio de uma imersão completa no ambiente, pode compreender coisas veladas ou que não teriam sido percebidas por observadores mais passivos. (POLIT; BECK, 2011). Dentro da observação participante, realiza-se a observação descritiva, de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objetivo de estudo, contudo, sem tópicos

pré-determinados a serem observados. Toda observação deve ser registrada em um instrumento que se convencionou chamar de Diário de Campo. (MINAYO, 2014).

O Diário de Campo trata-se de um caderno onde o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro de entrevistas formais, ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. (MINAYO, 2014).

Essa etapa da pesquisa como observadora participante foi realizada no período de 23 de novembro a 18 dezembro de 2015, no turno da tarde de segunda a sexta-feira, turno em que ocorre as saídas para abordagens. Durante esses dias, a pesquisadora acompanhou a eCR em seus locais de atendimento, participando das abordagens realizadas, o que possibilitou uma imersão no campo de estudo. Vale ressaltar que nesse período foi possível acompanhar abordagens em todos os territórios das duas microequipes, descritos anteriormente, gerando a partir dessas observações um Diário de Campo.

4.4.2 Segunda etapa: grupo focal

Em um segundo momento, foi utilizado o Grupo Focal (GF) como técnica de coleta de dados que, por definição, baseia-se em gerar, encorajar e analisar a interação entre participantes de uma entrevista em grupo. (BARBOUR, 2009). Desse modo, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico, sendo excelentes para acessar respostas a eventos enquanto estes se desenrolam. (BARBOUR, 2009; BACKES et al., 2011). Permite, assim, fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, em função do próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar. (GATTI, 2005).

Na área da saúde, o GF tem sido mais consistentemente utilizado a partir da segunda metade dos anos de 1980, e revelou-se especialmente útil nas pesquisas avaliativas e explorativas, posto que, nos estudos de avaliação de implantação de programas e estratégias de saúde, que costumam subsidiar a tomada de decisão, são mais valorizadas as metodologias de inspiração construtivista, em que torna-se necessário apreender a complexidade do objeto e seu caráter dinâmico. (TRAD, 2009; BACKES et al., 2011).

O GF difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, conforme os objetivos da investigação, cabendo a este a

criação de um ambiente favorável à discussão que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista. (BACKES et al., 2011). Para tanto, privilegia-se a seleção dos participantes segundo alguns critérios, conforme o problema em estudo, desde que possuam algumas características em comum que os qualificam para a discussão da questão em foco. Devem ter, ainda, alguma vivência com o tema a ser discutido, para que sua participação, embora voluntária, possa ser embasada em sua experiência sobre a temática. (GATTI, 2005; BARBOUR, 2009).

A condução do GF é feita por um coordenador ou moderador que prepara e instrumentaliza todas as fases do processo. Inicialmente, define o tema e os objetivos a serem alcançados; após, esclarece os aspectos éticos, as dinâmicas e discussões, estimula o debate, realiza *feedback* dos encontros anteriores e propõe acertos e combinações para os próximos encontros. O observador ou facilitador é, de igual modo, importante para o desenvolvimento dos encontros, uma vez que lhe cabe registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o coordenador no controle do tempo e monitorar o equipamento de gravação. (BARBOUR, 2009; BACKES et al., 2011). Neste estudo, contou-se com a figura do facilitador (acadêmica de enfermagem inserida no grupo de pesquisa deste estudo) apenas no primeiro encontro, não sendo possível sua presença nos encontros posteriores, o que não prejudicou o andamento do trabalho, posto que a pesquisadora já conhecia o grupo – as vozes – e iniciou a gravação desde o início, a fim de dar a máxima atenção ao desenvolvimento do encontro.

Para realização dos grupos, devem ser reservados espaços apropriados, preferencialmente um território neutro e de fácil acesso aos participantes, com uma sala que abrigue confortavelmente todos os participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções externas. Os participantes podem ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, sendo recomendado também disponibilizar água, café e um lanche para os participantes. O número de participantes deve ser situado entre seis e quinze, sendo um número ideal em torno de dez, devendo ser realizado, no mínimo, dois encontros. (BARBOUR, 2009; BACKES et al., 2011; TRAD, 2009).

Para este estudo foi acordado com a enfermeira do CR o agendamento dos encontros, que ocorreram pela manhã, turno em que o grupo se encontra para atividades internas na sede do CR. Os encontros aconteceram em quatro dias, conforme Quadros 1 e 2 a seguir:

Quadro 1 – Distribuição dos Grupos Focais quanto ao número de encontros, datas, número de participantes e tempo de duração.

GRUPO FOCAL			
Encontros	Data	Nº de Participantes	Tempo de Duração
1º	26/04/2016	10	1h19min
2º	05/05/2016	12	1h10min
3º	24/05/2016	9	1h7min
4º	25/08/2016	7	1h50min

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 – Distribuição dos Participantes dos Grupos Focal em cada encontro.

PARTICIPANTES: GRUPO FOCAL					
Equipe	1º Encontro	2º Encontro	3º Encontro	4º Encontro	
eCR	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Demanda Externa	Técnico de Enfermagem	
	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	
	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	
	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	
	Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social	
	(Férias)	Assistente Administrativo	Assistente Administrativo	Assistente Administrativo	
	(Licença Saúde)	(Licença Saúde)	(Licença Saúde)	Psicóloga	
Residentes GHC	Ênfase em Saúde Mental	R1 Psicologia	R1 Psicologia	R1 Psicologia	Lotado em outro campo de estágio
		R1 Enfermagem	R1 Enfermagem	R1 Enfermagem	Lotado em outro campo de estágio
		R2 Artista Visual	R2 Artista Visual	R2 Artista Visual	Demanda Externa
	Ênfase em Saúde Comunitária	R2 Psicologia	R2 Psicologia	R2 Psicologia	Demanda Externa
		R2 Psicologia	R2 Psicologia	Demanda Externa	Demanda Externa
		Lotado em outro campo de estágio	R2 Psicologia	Demanda Externa	Demanda Externa

Fonte: Elaborado pela autora.

Como pode ser observado no Quadro 2, no primeiro encontro dois membros da eCR estavam ausentes (férias e licença saúde) e um residente ainda não havia iniciado o estágio no CR. No segundo encontro apenas um membro da eCR estava ausente (licença saúde). No

terceiro encontro, além da ausência de um membro (licença saúde), outro membro da eCR juntamente com dois residentes estavam atendendo uma demanda externa do CR. No quarto e último encontro toda a eCR estava presente, porém, os residentes estavam em demanda externa do CR e outros dois já estavam lotados em outro campo de estágio.

Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), redigido em duas vias – e uma delas foi entregue assinada à pesquisadora. Os encontros aconteceram na sede do CR onde os participantes acomodaram-se ao redor de uma mesa retangular, permitindo a troca de olhares e uma melhor interação do grupo. Na mesa havia disponível chimarrão, café, bombons e biscoitos.

Todos os relatos foram gravados com a permissão dos participantes, e as falas foram transcritas na íntegra com o auxílio do programa Microsoft Word. O anonimato dos participantes foi garantido mediante a atribuição de numerações (participante e número – P1, P2, P3 e assim sucessivamente), para que fosse feita a identificação das falas nos registros. A seguir é descrita uma breve síntese dos quatro encontros.

a) Primeiro encontro

No primeiro encontro, a pesquisadora apresentou a facilitadora ao grupo, e cada participante se apresentou. Após foi explicado os objetivos do estudo, bem como garantido o anonimato dos participantes. A pesquisadora entregou o termo de TCLE e solicitou as assinaturas. Foi assegurado aos participantes que os dados coletados seriam utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, explicitando que as falas seriam gravadas, que o áudio seria destruído após transcrito e que o manuscrito ficaria sob a guarda da pesquisadora por no mínimo cinco anos após a publicação dos resultados do estudo. Foi ressaltado o esclarecimento sobre a possibilidade de interrupção e desistência da participação a qualquer momento da pesquisa.

Após o momento inicial, foi explicado o conceito e o objetivo do GF e lançadas as questões norteadoras (Apêndice B): (1) Como a eCR lida com os atendimentos aos usuários (enfrentamentos)? (2) Quais são os nós críticos no contexto do atendimento ao usuário? (3) Vocês consideram que existem fragilidades na equipe do CR? Quais? (4) Que estratégias poderão contribuir para lidar com essas fragilidades? (5) Vocês têm alguma sugestão de temas relacionados à qualificação da equipe que possam ser incluídos no Programa de Educação Permanente em Saúde? (6) Em relação à qualificação da equipe, vocês gostariam que abordar mais algum assunto?

O fato de a pesquisadora já ter acompanhado a equipe na observação de campo facilitou a segunda etapa, pois já havia sido apresentada a todos os integrantes da eCR, o que favoreceu o diálogo entre pesquisadora e participantes, não sendo necessárias dinâmicas de integração com o grupo. Ao término do primeiro encontro, agradeceu-se a presença dos participantes e foi agendado o próximo.

b) Segundo encontro

No segundo encontro, a moderadora agradeceu a presença dos participantes, retomando os objetivos do estudo (dois participantes não haviam comparecido no primeiro encontro), para os quais foi entregue o TCLE (em duas vias) e solicitado à assinatura.

Após o momento inicial, foi realizado um *feedback* do encontro anterior, validando as informações obtidas e lançando as questões norteadoras (Apêndice B): existem fragilidades na rede de saúde que é acessada pelos usuários do CR? Quais? Que estratégias seriam eficazes para lidar com essas fragilidades?

c) Terceiro encontro

No terceiro encontro, a moderadora novamente agradeceu a presença dos participantes, foi realizado *feedback* dos encontros anteriores, validando as informações e lançando a última questão norteadora: quais ações poderão ser consideradas como meta em 2017 para enfrentamento das fragilidades e desafio do CR, relacionadas ao atendimento à PSR, às questões institucionais e ao trabalho em rede? De acordo com a solicitação do grupo, foram retomadas as fragilidades e as estratégias discutidas nos encontros anteriores, a fim de auxiliar na construção das metas, conforme roteiro do terceiro encontro (Apêndice D). Como fechamento, foi realizada uma confraternização coincidindo com o último dia de estágio de uma das residentes, em que cada um levou um lanche para dividir com os colegas, culminando em um momento agradável de descontração.

d) Quarto encontro

No quarto encontro, a moderadora novamente agradeceu a presença dos participantes e validou com a eCR o Programa de Educação Permanente em Saúde para o consultório na Rua Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS. O programa, dividido em três propostas, foi discutido separadamente. A equipe ficou muito motivada com as três propostas (Capítulo 7) e sugeriu modificações em relação a datas, convidados, entre outros. Como fechamento, a pesquisadora agradeceu a acolhida da eCR durante o período de realização da pesquisa e combinou a apresentação dos seminários com devolutivas da pesquisa (metas (b) e (c) deste estudo).

O seminário com a gerência do GHC e com o CR para apresentação dos resultados da pesquisa priorizando as questões institucionais ficou de ser agendado após as sugestões da Banca Examinadora desta dissertação. Porém, o seminário para apresentação dos resultados da pesquisa com os profissionais que atuam na rede de serviços da área de abrangência do consultório na rua, ocorrerá durante a Reunião de Colegiado de Gestão da Saúde do GHC, já marcada para o mês de Novembro/2016.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados qualitativos são essencialmente significativos e mostram grande diversidade. Eles não incluem contagens e medidas, mas praticamente qualquer forma de comunicação humana (escrita, auditiva ou visual), por comportamento, simbolismos ou artefatos culturais. (GIBBS, 2009). Este estudo incluiu gravação de grupo focal e registros em diário de campo.

Para análise desses dados, foi utilizado o método de análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Essa análise se divide em três partes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (MINAYO, 2014), descritas a seguir:

- a) Pré-análise: consiste na escolha dos documentos que serão analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Nessa fase, são determinadas as palavras-chave, a delimitação do contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise como um todo;

- b) Exploração do material: consiste em uma operação classificatória cujo objetivo é alcançar o núcleo de compreensão do texto; para tanto, o investigador procura encontrar categorias – que são expressões ou palavras significativas – em que o conteúdo de uma fala será organizado;
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: tem por objetivo submeter os dados brutos a operações estatísticas simples ou complexas que permitam colocar em relevo as informações obtidas; após essa etapa, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material. (MINAYO, 2014).

Na fase de pré-análise, buscou-se retomar os objetivos da pesquisa e entrar em contato direto e intenso com o material coletado (Diário de Campo e Grupo Focal), a fim de deixar-se impregnar pelo seu conteúdo, tarefa designada como Leitura Flutuante. Nessa fase, foram transcritos os encontros de Grupo Focal na íntegra.

Na etapa de exploração de material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, iniciou-se a operação classificatória, emergindo a partir daí duas categorias: fragilidades e desafios no cotidiano do trabalho no CR; e estratégias para superar as fragilidades e os desafios do trabalho no CR. Já na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram interpretados os conteúdos categorizados anteriormente, inferindo significado aos mesmos – essa discussão é abordada no Capítulo 6.

4.6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A intervenção deste estudo foi constituída pela elaboração de uma proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde, do GHC, a qual é apresentada no Capítulo 7.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo está inserido no Projeto de Pesquisa “População em situação de rua usuária de *crack* e outras drogas: consultório na rua como estratégia para promoção da atenção integral à saúde no município de Porto Alegre/RS”, aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Unisinos (Parecer nº 334.863) e do GHC (Parecer nº 554.166), CAAE: 18536713.8.0000.5344 (Anexos A e B). Seguiu as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12, pautada nos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da equidade. (BRASIL, 2013).

Os participantes foram convidados a fazer parte do estudo, foram esclarecidos sobre os objetivos, sobre a metodologia de coleta de dados e sobre seu direito de desistir de participar em qualquer momento, sem risco ou prejuízo de qualquer natureza. Aos que aceitaram, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), redigido em duas vias, de modo que uma permaneceu com o participante, enquanto a outra foi entregue assinada à pesquisadora.

A pesquisadora comprometeu-se a manter o anonimato dos participantes atribuindo pseudônimos como Participante 1 (P1), Participante 2 (P2) e assim sucessivamente. Além disso, foi garantido que os dados apenas seriam utilizados para trabalhos acadêmicos envolvendo alunos de curso de graduação, especialização, mestrado profissional e pesquisas do Núcleo de Estudos de Educação e Ensino na Saúde – NEES/Unisinos. A divulgação dos resultados será feita por meio de trabalhos de conclusão de curso, dissertações, artigos em periódicos e apresentação de trabalhos em eventos científicos.

Os riscos aos participantes da pesquisa foram mínimos, relacionados à possibilidade de algum desconforto emocional durante a discussão em grupo. Nessa situação, haveria a interrupção da participação, se assim fosse a vontade do participante, e a pesquisadora ficaria à disposição para conversar sobre o tema, esclarecer dúvidas e fazer encaminhamento para acompanhamento psicológico no serviço de saúde, caso houvesse necessidade.

Considera-se que os benefícios deste estudo estão relacionados à articulação da Universidade com o serviço, por meio do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem. Assim, esta dissertação buscou realizar a elaboração de um Programa de Educação Permanente em Saúde, para o Consultório na Rua Pintando Saúde, a partir das necessidades apontadas pelos profissionais que integram a equipe do CR. Além disso, elaborar o referido programa havia sido definido pela equipe do CR como uma das metas para 2017.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CR em estudo está inserido em um grupo hospitalar que também gerencia serviços de atenção básica na região. Sendo que a complexidade que envolve o atendimento à PSR, foi revelada a cada momento em que a eCR discutia as fragilidades e as estratégias de enfrentamento, em especial, relacionadas à articulação com a rede socioassistencial.

Assim, os participantes deste estudo apontaram as fragilidades e desafios no contexto dos atendimentos às pessoas em situação de rua. Também relataram as estratégias para lidar e superar os nós críticos relacionados às especificidades e ao cotidiano do cuidado durante o atendimento de usuários em situação de rua. No Quadro 3, são descritas as categorias e subcategorias que emergiram no processo de análise deste estudo. As quais são discutidas a seguir.

Quadro 3 – Descrição das Categorias e Subcategorias que emergiram neste estudo.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	
Categoria	Subcategoria
Fragilidades e desafios no cotidiano do trabalho no CR	Dimensão da População em Situação de Rua a) Invisibilidade da PSR b) Dilema entre a garantia da Autonomia do usuário e a Necessidade de Intervenção
	Dimensão Institucional a) Cuidado Singular voltado à PSR b) Fragilidades estruturais do CR c) Fragilidades relacionadas aos trabalhadores do CR
	Dimensão da articulação do CR com a rede de serviços a) Invisibilidade da equipe do CR b) Necessidade de priorizar o atendimento à PSR e oferecer uma atenção integral e em rede c) Tempo prolongado para fluxos de acesso e agendamentos com a rede de serviços
Estratégias para superar as fragilidades e os desafios do trabalho no CR	Dimensão da População em Situação de Rua a) Busca pelo empoderamento da PSR
	Dimensão Institucional a) Qualificação dos espaços de comunicação interna e entre CR e Instituição b) Carro próprio e adaptado sem troca de profissional condutor c) Sistema de informação modernizado com espaço para informações subjetivas d) Estratégias para enfrentamento das fragilidades em relação aos trabalhadores do CR
	Dimensão da articulação do CR com a rede de serviços a) Prioridade no atendimento e atenção integral e em rede b) Fortalecimento da articulação da rede nos Grupos de Trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 FRAGILIDADES E DESAFIOS NO COTIDIANO DO TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA

O significado de fragilidade refere-se a um ponto fraco ou sensível; já a palavra desafio significa caminhos traçados para a conquista de algo. (FERREIRA, 2004). Neste estudo, apontou-se as fragilidades e os desafios vivenciados no cotidiano do trabalho no CR. Essa categoria foi constituída por subcategorias em três dimensões: da população em situação de rua; institucional; e da articulação do CR com a rede de serviços, as quais são apresentadas a seguir.

6.1.1 Dimensão da população em situação de rua

Nessa dimensão são apresentadas as fragilidades e os desafios no cotidiano do trabalho no consultório na rua, na qual são incluídas questões relacionadas à PSR em dois aspectos: invisibilidade da PSR; e autonomia de escolha e necessidade de intervenção.

a) Invisibilidade da população em situação de rua

Um dos desafios enfrentados pela eCR é o fato de o trabalho ser desenvolvido com um público socialmente invisível, uma vez que a invisibilidade social se refere à indiferença e ao preconceito, atingindo as pessoas que se encontram à margem da sociedade. (PORTO, 2009). Além disso, o preconceito com a pessoa em situação de rua é reforçado pelo imaginário de perigo que ela representa à população. (SILVA, 2010).

A mídia participa de forma ativa para cristalizar a noção perigosa que a PSR oferece à sociedade, mencionando os locais onde ficam “os moradores de rua” como “cracolândia” e denominando-os como um problema degradante dos grandes centros, potencializando a exclusão social que esse grupo sofre, além de ignorar as necessidades que os assolam. (HALLAIS; BARROS, 2015).

Esse movimento reforça o medo que a sociedade tem de se aproximar de uma pessoa que vive na rua. Nos resultados de pesquisa realizada com população em situação de rua, atendida em um CR, de João Pessoa (PB), um jovem usuário referiu: “as pessoas não costumam se aproximar da gente, pelo contrário, têm medo”. (SILVA, 2010, p. 19). Neste estudo, a fala de uma participante aborda o desafio de trabalhar no atendimento de pessoas consideradas invisíveis pela sociedade:

“Acho que um grande desafio quando a gente pensa em público em situação de rua [...] a gente tá trabalhando com um público que é invisível, [...] eles se veem assim. E realmente é isso que a gente e a sociedade quer que eles se tornem: invisíveis.” P2

A invisibilidade social aponta para, pelo menos, três posicionamentos da sociedade: indiferença, hostilidade ou assistencialismo. Sobre a postura assistencialista, faz-se necessário um entendimento das necessidades dessa população, que não precisa apenas de um prato de sopa, roupas e cobertores. Essas pessoas precisam sim de políticas públicas que pensem em maneiras de construir junto com elas soluções para iniciar um processo de novas formas de viver fora das ruas, precisam de acesso garantido às políticas já existentes, acesso ao SUS de maneira articulada e em rede, necessitam de um acompanhamento especializado para redução do consumo de álcool e outras drogas se for de sua vontade, necessitam de albergues e abrigos que entendam seus modos de vida, enfim necessitam de reconhecimento como pessoas de direitos firmados na Constituição Federal. (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

“As unidades de saúde perguntam: Mas onde é que eles ficam?” P4

“É que eles não entendem né, que a pessoa que está ali morando na rua é deles”. P2

Essas falas demonstram que a própria equipe de saúde (UBS) não percebe ao seu redor a PSR, ou, talvez, não queira perceber, porque enquanto o “problema” está no campo do invisível, ele não precisa ser solucionado, não há, desse modo, necessidade de desacomodação pela equipe de saúde.

b) Dilema entre a garantia da Autonomia do usuário e a Necessidade de Intervenção

Outro desafio levantado pela eCR é o dilema entre preservar a autonomia de escolha do usuário e a necessidade de intervenção, pois, muitas vezes, a pessoa em situação de rua não aceita o atendimento oferecido pela eCR, mesmo em situações em que a necessidade de saúde ou social requeira um atendimento específico, como por exemplo, de remoção da pessoa do local onde ela se encontra para algum serviço de saúde. Muitas vezes ela nega atendimento talvez por não visualizar essa necessidade.

“[...] o grande exercício é encontrar o meio termo, não deixar que a liberdade se perca, porque é o desejo, é a vontade da pessoa. Não adianta a gente estar

querendo, pois ao mesmo tempo é o nosso dever fazer com que essa pessoa perceba, queira, tenha esse desejo, [...]às vezes a baixa autoestima, o sentimento de morte mesmo, o sentimento de descrença total, históricas na vida dessa pessoa, faziam com que ela tivesse naquela ocasião desacreditada, então como é que tu vai plantar uma sementinha de esperança ali, entende? Acho que é o nosso dever também [...] sem ferir aquele desejo, aquele momento, aquela vontade, liberdade da pessoa, então a gente vive um pouco disso assim, né? Da ansiedade de querer ver a pessoa motivada, engajada, né? Pra vida.” P4

Das falas emergiu também a expectativa da eCR em relação ao usuário que muitas vezes encontra-se desmotivado para qualquer atenção proposta. Por exemplo, quando o sujeito recebe um diagnóstico de HIV, ou tuberculose, mas não está motivado para o tratamento ou não aceita um acompanhamento com o CAPS álcool e drogas (CAPSad) para reduzir, por exemplo, o consumo de álcool e outras drogas. Esses pontos são relatados nas falas da eCR.

“[...] a gente trabalha com frustrações, [...] está falando com pessoas que usam substâncias e dependem delas para estar vivo, que são seus companheiros, são seus amigos, o álcool, o crack, a cocaína são seus amigos, e eu não posso ir ali e simplesmente dizer assim: isso aqui não é o teu melhor amigo, se isso acompanhou ela a vida toda, e eu não tenho o direito de dizer pra ela: isso não é bom pra ti! Mas eu quero fazer que ela enxergue que isso não tá fazendo bem pra ela, e o direito que ela tem de dizer: olha isso eu não quero pra mim [...] É todo um processo de maturação da pessoa.” P2

O processo de amadurecimento é também abordado em uma pesquisa realizada em um CR no município de Maceió (AL), na qual, em uma entrevista com uma pessoa em situação de rua, é apontado o respeito da eCR ao tempo do usuário, revelando uma atitude sensível e um olhar singular. Atitudes assim efetivam o sujeito como o centro do cuidado e o protagonista do seu viver. (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012). As falas a seguir evidenciam esse cuidado com o tempo e o desejo do indivíduo.

“[...] eu acredito que esse trabalho é fantástico porque a gente consegue escutar o outro, a gente consegue ver realmente o que é o desejo do outro [...] a gente não quer tirar ninguém da rua [...] mas que a pessoa faça essa escolha [...] sair da rua, escolher fumar menos” P2

“[...] ter saúde pra nós é garantir o desejo da pessoa do entendimento que ela tem sobre a própria felicidade [...]” P4

Outras fragilidades referidas pelos participantes da pesquisa são as de dimensão institucional, apontadas como sem governabilidade pela eCR, as quais são apresentadas a seguir.

6.1.2 Dimensão institucional

Nessa dimensão foram identificadas as dificuldades relacionadas à Instituição no que tange ao entendimento do trabalho do CR, principalmente em relação ao modelo hospitalocêntrico, às fragilidades estruturais e aos trabalhadores, analisadas a seguir.

a) Cuidado Singular voltado à PSR

O CR Pintando Saúde busca realizar o atendimento à PSR considerando a singularidade¹¹ de cada usuário, seguindo o que é preconizado nas políticas públicas direcionadas a essa população. Entretanto, o contexto das instituições de saúde ainda é centrado no atendimento da demanda, considerando a produtividade como critério para avaliar os serviços. Situação que se constitui como um dos nós críticos relacionados às fragilidades no cotidiano do CR, na dimensão institucional, o que é expresso nas falas das participantes:

“Eu acho que a nossa grande questão de equipe de consultório na Rua, que uma coisa que me incomoda: As pessoas perguntam: quantas pessoas vocês tiraram da rua? e números! Eu tenho pavor de números! Hoje eu tenho que atender 20-50 pessoas para o serviço ser efetivo. Não! Eu estou falando de um cuidado singular do sujeito [...]” P2

“E realmente na lógica de saúde hoje, resolutividade não é contabilizar quantas pessoas saíram da rua, quantas fazem tratamento, quantas pararam de usar droga, se pensar, abstinência, moradia, trabalho fixo, carteira assinada, realmente né, nessa lógica de sociedade de sucesso não existe.” P3

Assim, o atendimento à PSR busca superar o modelo hospitalocêntrico, em que o centro da atenção à saúde é o hospital, uma vez que o CR é constituído por em um cenário

¹¹ Modo específico de ser e atuar no mundo (FERREIRA, 2004).

que possibilita um trabalho transdisciplinar¹², um cuidado singular, sem portas, sem muros, sem o certo e o errado. O relato da participante expressa o desafio:

“É um grande desafio meu, estar dentro de uma equipe [...] e dentro do hospital, modelo hospitalocêntrico, voltado a critérios e regras centrados em o que é certo e o que é errado. A gente vê que saúde e fazer saúde não existe certo nem errado, não existe normal nem anormal, não existe! Uma coisa é o mundo teórico, o arcabouço teórico que cada um tem, e uma coisa é a realidade!” P2

“É um trabalho que tem que sempre escapar da instituição, porque a instituição não comporta que ele aconteça dentro dessa dureza não é possível.” P10

Nessa concepção, a atenção hospitalar não é o centro, tornando-se complementar. É uma mudança fundamental na compreensão e na forma como deve se dar o cuidado: mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento. (BRASIL, 2014c). É a produção de saúde com um olhar diferenciado, criativo, acolhedor e estabelecedor de vínculos.

b) Fragilidades estruturais do CR

Fragilidades estruturais também foram apontadas pela equipe e vivenciadas pela pesquisadora durante a etapa da pesquisa em que acompanhou a eCR nos atendimentos do CR. São elas o carro e o sistema de informação.

Os atendimentos do CR, nas áreas de atuação/abrangência, são realizados com uma Van terceirizada, a qual é de alta rotatividade em relação ao motorista, o que causa um desconforto para equipe, pois, quando um aprende a conduzir o veículo em todos os locais de abordagem, é realizada a troca de motorista novamente. Além disso, a Van não é adaptada para os atendimentos, nem equipada com material, como por exemplo, para a verificação de sinais vitais, realização de curativos, entre outros. Ou seja, para cada atendimento nas áreas de atuação, é necessário “equipar a van” com maleta de curativos, álcool gel, lanches, água, bancos, bola, jogos, material de redução de danos (seringa e agulha descartáveis, piteira, preservativos), instrumentos musicais, entre outros.

¹² Efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre uma base geral compartilhada, com finalidades comuns e com tendência à horizontalização das relações de poder. (ALMEIDA FILHO, 1997).

Vale dizer que a piteira é utilizada para encaixe na ponta do cigarro, que normalmente é fumado em grupos. Essa prática constitui um modo de transmissão da tuberculose, além de outras doenças transmitidas pela mucosa oral. Visando reduzir o dano, o CR entrega aos usuários do serviço piteiras para serem usadas de modo individual, confeccionadas com pedaço de extensor de oxigênio cortado. Referindo-se às condições do uso da van, uma das participantes disse que:

“[...] algumas questões estruturais que eu acho que qualificaria ainda mais a equipe é a questão do carro, que o carro é uma empresa terceirizada e não é um carro conforme previsto pelo Ministério da Saúde, adaptado pra enfermagem, pra gente poder colocar, enfim, uma mesa uma estrutura ali dentro” P5

Diversas prefeituras já contam com esse modelo de veículo denominado de van, ambulância, furgão ou ônibus adaptado para procedimentos atendendo à PSR. (CANAL PETRÓPOLIS, 2016; SMCS, 2014; BRITO, 2011).

O sistema de informação é considerado como outro nó crítico, pois é onde são inseridos os registros dos atendimentos realizados que alimenta um Banco de Dados Nacional, e não possibilita a inserção de dados subjetivos como educação em saúde, oficinas de arte, teatro, entre outros. Essa situação invisibiliza muitas das ações realizadas, pois não é possível inserir o registro, no banco de dados, ficando anotado apenas nos documentos restritos à eCR. Quem insere os dados neste sistema é o Assistente Administrativo da eCR.

“[...] a gente tem formalmente um sistema de registros pra colocar os atendimentos e têm alguns atendimentos, algumas questões bem subjetivas, que não tem como registrar neste sistema” P5

“Não tem como quantificar.” P1

“Isso é um grande nó [...] Isso só colocando no próprio prontuário.” P4

“[...] a gente criou aquele instrumento próprio, nosso banco de dados próprio, [...] saúde, cultura e lazer. Pra gente ter noção, mas é nosso, pro nosso olhar, pra nossa leitura no final do ano [...]” P4

“É, eu acho que é uma caminhada né, pensando na saúde assim, nas unidades de saúde [...] agora implantaram o PMAQ¹³ né, que vem a questão dessa melhoria

¹³ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar o padrão de qualidade no atendimento nas UBS. Para tanto, os profissionais de saúde, a infraestrutura, os equipamentos, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do cidadão são acompanhados e avaliados. As equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento recebem mais recursos do governo federal, ou seja, quanto melhor for o desempenho, mais incentivos financeiros serão repassados. (BRASIL, 2016e).

né, não tá diretamente no usuário, mas tá pensando no como fazer saúde. É uma nova estratégia, que eu acho que é isso, é o tensionamento do teu trabalho que na prática esses dados puramente quantitativos não dão conta. É a qualidade desses números né!” P3

Outro ponto de destaque, que será discutido a seguir, são as fragilidades relacionadas ao escasso número de trabalhadores na instituição, situação que afeta o processo de trabalho da eCR.

c) Fragilidades relacionadas aos trabalhadores do CR

Em relação aos trabalhadores, o grupo expressou sentir a necessidade da criação do cargo de Assistente de Coordenação da equipe com Função Gratificada (FG). Todos concordaram que a função deve ser exercida por um dos membros da própria equipe, pois deverá estar alinhada com a proposta do CR. Destacam que um dos papéis do Assistente de Coordenação é fazer a interlocução com a Gerência do GHC quanto às especificidades do modo de fazer saúde do CR, pois os atendimentos não seguem a lógica do contexto da Atenção Básica e hospitalar, que necessitam dar conta tanto das agendas como dos atendimentos da demanda. Além disso, pode contribuir para qualificar a articulação da eCR com a rede de serviços de saúde e assistência social, em especial nas questões gerenciais internas e externas, pois no processo atual de gestão a coordenação do CR é exercida em âmbito Institucional, cujo gestor não é integrante da eCR.

“[...] a questão é: hoje a nossa equipe não tem um coordenador. E o que a gente acha isso referente aos outros? Olha, é um reconhecimento da equipe, valorização, a gente quer!” P3

“[...] foi feito uma solicitação, toda a saúde mental, todo mundo ganhou menos a nossa equipe, todos os CAPS ganharam e a gente não [...]” P3

Os participantes da pesquisa apontaram que a avaliação de desempenho da eCR é realizada por um coordenador geral. Consideram que o fato de o mesmo não ser integrante da equipe pode, em alguns momentos, limitar tanto a gestão do serviço, quanto a gestão de desempenho do funcionário, pois não viver o cotidiano que envolve as especificidades do CR pode comprometer o entendimento da dinâmica do serviço.

A gestão de desempenho é uma ferramenta importante na medida em que permite rever estratégias, objetivos, processos de trabalho, bem como propor ajustes e,

principalmente, oferecer oportunidade de crescimento pessoal e profissional aos membros da equipe, agregando valor social para o indivíduo e econômico para a instituição. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2011). Assim, quando o gestor não consegue efetivamente acompanhar o processo de trabalho, a avaliação de desempenho do trabalhador pode ficar comprometida. Essa fragilidade é ressaltada nas afirmações a seguir.

“[...] essa questão também que me incomoda, uma pessoa vem, que tá lá dentro, sentado lá na coordenação, que me avalia e que não sabe o meu processo de trabalho” P2

“[...] ela faz uma avaliação individual, só que ao mesmo tempo ela não sabe, ela nunca me viu trabalhando [...]. E daí ela vem com cobranças que ela não sabe como é que é a nossa rotina de trabalho” P2

“É, mas isso tá nesse campo da falta do assistente. Ela pede que tenha sempre algum colega que acompanhe, normalmente a gente não consegue se organizar também, pra que alguém vá junto na avaliação [...].” P6

A presença de um Assistente de Coordenação poderia, desse modo, exercer esse papel de gestor do desempenho de cada trabalhador da eCR. Ainda nesse debate da falta de um gestor, a equipe reconhece que o processo de trabalho sem um Assistente de Coordenação é mais leve e compartilhado, porém diante da sala de situação proposta pela instituição, define como uma meta ter um assistente de coordenação da própria equipe com FG para tal.

“Mas, assim, pra quem vem de fora né, que é o nosso caso, isso eu tava pensando e até discutindo, pequenas unidades às vezes a gente tem muito problema com assistente de coordenação e com as culturas que vão se cristalizando nas equipes, que são muito rígidas. E as equipes esperam sempre a demanda de um assistente de coordenação, e ele sempre se torna aquela pessoa não grata assim, né, e enfim vai se reproduzindo isso a cada ano.” P11

“E eu acho que compartilha mais também né, quando é autogestionado¹⁴, tu compartilha mais, acho que não fica tão centrado.” P6

“É compartilha mais quando é sim, fica muito mais leve. Agora umas coisas que da creck, porque a gente quer uma representação lá que exija algumas coisas que a gente precisa e a gente não tem, aí a gente fica esperando da boa vontade dessa coordenação maior que nos olhem [...].” P4

“E a meta é ter sim um FG pra um coordenador.” P3

¹⁴ Autogestão é uma administração feita pelos participantes da organização, em regime de democracia direta. Em autogestão todos os empregados participam das decisões administrativas em igualdade de condições. (FERREIRA, 2004).

Ainda na Dimensão Institucional deste estudo, em relação aos trabalhadores, surgiram algumas fragilidades descritas pela eCR, como a falta de um plano de carreira e a carga horária incompatível com o quantitativo de pessoal.

“O plano de carreira, a gente não tem um plano de carreira.” P5

“O número de profissionais não comporta a carga horária [...]. Porque eles exigem que a gente fique das 8h às 18h, não tem profissional para 8h às 18h.” P2

Sobre o aspecto da carga horária, faz-se necessária uma observação referente ao quantitativo da eCR. Atualmente, a equipe possui sete integrantes, entre os quais, dois com carga horária de 30 horas, devendo trabalhar no turno da manhã ou no turno da tarde. Para os demais, a carga horária é de 36h. Entretanto, trabalham em microequipes, ou seja, atuam juntos às abordagens na rua, que são geralmente realizadas no turno da tarde. Situação que dificulta o cumprimento da carga horária da equipe. Além desse aspecto, a eCR também está envolvida com a demanda referente à preceptoria dos residentes, expressa na fala a seguir.

“[...] agora a [nome da integrante da eCR] assumiu a preceptoria, tem demanda da preceptoria, então às vezes ela está trabalhando, mas não está aqui. Então necessariamente tem que ter outro colega.” P4

Além disso, quando algum membro da eCR entra em férias ou licença, não existe substituto, dificultando ainda mais o cumprimento das atividades. Esse fato é sentido principalmente quando o administrativo está afastado do CR.

“Mas ao menos nos períodos de férias do administrativo, tem que ter alguém [...] as gurias não tem como dar conta dessa parte, elas ficam cuidando da assistência, então como é que elas vão conseguir lançar no sistema?” P6

A equipe de enfermagem é outro fator a ser considerado, pois conforme a Lei nº 7.498/86 todas as atividades exercidas pelo técnico e pelo auxiliar de enfermagem em instituições de saúde devem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro. (BRASIL, 1986). Dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira integram a eCR e, para cumprir a legislação, uma microequipe teria que ser composta somente por profissionais da enfermagem, descaracterizando a proposta de abordagem multiprofissional à PSR. Conforme é destacado na fala de uma participante da pesquisa:

“A questão da enfermagem: a equipe se divide em três pessoas para manhã e três de tarde, teria que ficar a enfermagem toda junta, porque onde tem técnico de enfermagem tem que ter o enfermeiro. Digamos que a enfermagem ficasse de manhã, à tarde ficaria: terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga, desmantelando a questão de ser uma equipe multidisciplinar.” P3

A liberação para eventos relacionados à área de atuação do CR, com incentivo da instituição, foi outro ponto fortemente debatido, principalmente em relação aos trabalhadores de nível médio.

“Só é apoiado quem tem nível superior. Porque eu acho que aqui começa os atores que não tem voz, que é a gente. Se tem que ir para este ou aquele evento, a gente não pode ir porque tem nível médio, isso é uma coisa que me incomoda [...] A gente é da enfermagem só vale fazer coisas de curativo. [...] não posso me qualificar em termos de saúde mental? Acolhimento psíquico? Sofrimento psíquico?” P2

“Por exemplo, tem que ser afim com o teu serviço, às vezes o que é superafim com o nosso serviço, afim no sentido de afinidade, do nosso serviço, não é pra instituição, então não vale [...]. Porque o que vale pra instituição é fazer a capacitação de tuberculose [...].” P4

“Nós aqui do consultório ainda fazemos, aqui dentro do consultório, mas se tu fores ver nível médio, dentro do hospital, tu só vais fazer capacitações obrigatórias, mas se pensar em fazer alguma coisa fora é muito difícil.” P1

O CR é campo de estágio para várias áreas de formação: Residência Integrada em Saúde do GHC (Ênfase da Saúde da Família e Comunidade e Ênfase em Saúde Mental); acadêmicos do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS; e acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Além disso, o CR é campo de pesquisa para trabalhos de conclusão de cursos de graduação e especialização, dissertações e teses. Porém, uma fragilidade apontada pela eCR é que, muitas vezes, os pesquisadores não devolvem os resultados para a eCR. Também foi apontada a necessidade de pensar nos limites do número de estagiários, pois, com frequência, residentes e acadêmicos juntos somam um quantitativo maior que a eCR. Essas fragilidades aparecem nas falas:

“[...]as pessoas passam por aqui prometem e ninguém deixa nada. Eu te digo assim, faz relatório, faz mestrado, faz doutorado [...]. A gente não tem um retorno.” P2

“A gente não sabe nem o resultado que foi do trabalho.” P4

“No estágio da Saúde Coletiva, por exemplo, é obrigatório o relatório, é muito legal e assim ó: crítica na boa assim, é muito bom a gente ouvir sabe? O que a gente poderia melhorar, algo que potencializaria, a gente gostou muito dos relatórios do pessoal da Saúde Coletiva, todos que passaram [...]. Eles apontam mesmo.” P4

“[...] a gente também tem que disponibilizar todo um tempo para estar com os residentes, trabalhando com seminários e, muitas vezes, dependendo da abordagem, participam mais residentes que profissionais, [...] pensar um pouco nas potências e nos limites.” P5

Outro aspecto importante para eCR é a falta de um espaço para escuta dos conflitos gerados no cotidiano do trabalho e nas relações.

“Acho que a primeira estratégia é a gente poder estar pensando em tratar da gente mesmo. Eu já acho que esse é o grande foco. Nós criamos estratégias pra poder estar tolerando e passando por essas situações, senão tu não consegues trabalhar, [...] esse é o grande nó. Como nós trabalhadores fazemos pra cuidar da gente e poder estar cuidando do outro?” P2

“Porque nós trabalhamos com casos muito complexos, [...] às vezes tu não sabe se chora junto, se abraça a pessoa e sai junto, [...] não sabe se leva a pessoa pra casa. Acho que todo mundo já passou por esses momentos aqui.” P2

A fala da participante expressa e representa a carga emocional de trabalhar com pessoas em situação de rua. São histórias de vida completamente diversas daquilo que se espera para um ser humano em sociedade.

“É uma realidade totalmente diferente da nossa, e aquilo que a gente idealiza como normal.” P2

Vale dizer que, na etapa da coleta de dados, quando a pesquisadora acompanhou a eCR em abordagens e atendimentos aos usuários do CR, foi possível observar e sentir essa realidade relatada pela equipe: pessoas em completa miséria, jovens fazendo uso de crack, mulheres em prostituição, meninos vendendo drogas, barracos construídos em calçadas, idosos sem rumo. Pessoas dormindo em esquinas ou em frente a supermercados, onde conseguem autorização do dono do estabelecimento para mexer e se alimentar do lixo.

Pessoas fazendo chá de capim para curar suas doenças. Doença mental associada ao uso de drogas e à situação de rua. Pessoas em situação de rua, hospitalizadas e muito preocupadas com seu barraco, que poderia estar sendo roubado. Enfim, foram muitas histórias chocantes e emocionantes. Todo esse cenário de extrema complexidade acarreta uma tensão na equipe que visualiza a necessidade de um apoio, de uma escuta que pudesse inclusive ajudar em alguns encaminhamentos.

Entretanto, não foram somente histórias tristes na rua, diversas vitórias foram conquistadas com o apoio da eCR, como por exemplo: o encontro de familiares dos usuários, possibilitando a retomada do fortalecimento de vínculos, encaminhamento e acompanhamento em diversos tipos de tratamentos, confecção de documentos, retirada de pessoas da rua, entre outros.

6.1.3 Dimensão da articulação do CR com a rede de serviços

A dimensão da articulação do CR com a rede de serviços é outra subcategoria, relacionada às fragilidades e aos desafios no cotidiano do trabalho no CR. Os profissionais da eCR apontaram que a integração do CR com a rede de serviços sociais e de saúde ainda constitui-se um desafio.

Destacaram que, em especial, nos serviços de saúde, é necessário o entendimento de um olhar singular à PSR, para que o usuário sinta-se acolhido e queira iniciar um processo de tratamento. Contudo, a invisibilidade da própria eCR perante aos demais serviços, também dificulta o acesso. Além disso, a falta de articulação de fluxos de acesso associada à burocracia dos agendamentos para atendimentos distancia a PSR das possibilidades de acesso aos serviços e aos direitos de cidadão.

Na análise dessa subcategoria, emergiu a invisibilidade da equipe do CR, a necessidade de priorizar o atendimento à PSR na rede de serviços e o tempo prolongado para fluxos de acesso e agendamentos dos atendimentos à PSR.

a) Invisibilidade da equipe do Consultório na Rua

A invisibilidade da eCR apareceu em diversas falas dos participantes deste estudo, representada como uma equipe “da rua”, cujo processo de trabalho não envolve necessariamente o tratamento de doenças e uso de equipamentos tecnológicos. Nessa óptica, o

CR é uma alternativa para quem não se adaptou em outros espaços da instituição, assim, a eCR são os “profissionais da rua”.

“Porque muitas equipes, colegas e profissionais às vezes nos veem como profissionais da rua, com todo aquele estigma, então tu não vale nada, sabe? Assim: tu estás no consultório na rua e com certeza te colocaram ali porque era o último local que existia [...] Não te adaptaste a nenhum outro [...]. Ou tu vai pra rua! Eles nos veem de forma muito desqualificada.” P4

Também foi apontada invisibilidade da eCR em relação à própria instituição, no que tange a coberturas de férias, licenças saúde e gestação, à medida que não atende às demandas de reposição de pessoal.

“Olha a diferença, os outros serviços têm dois administrativos, pela manhã e à tarde. [...] quando um está de atestado o outro tem direito à hora extra. Aqui a gente não pode nem ventilar a possibilidade. Entendeu? Então eles têm inclusive hora extra, que é uma coisa que é supercontrolada [...] aqui não, ela sai o mês inteiro, não vem nenhum para cobrir a demanda.” P4

A invisibilidade também aparece na medida em que as demais equipes de saúde não reconhecem a fala da eCR. Situações que ocorrem, principalmente, quando encaminham um usuário do CR para outros serviços, pois o que já foi feito no CR é desconsiderado, bem como a história que a eCR relata sobre a trajetória do usuário em atendimento.

“Eu acho que as equipes também, por exemplo, a gente fala: eu conheço esse cidadão há três anos, quatro anos, há cinco anos! E tanto faz, para o outro serviço estou conhecendo agora, então eles não reconhecem a nossa fala, eles não nos autorizam neste sentido, tipo eu sei do que eu tô falando [...] já não está no zero sabe? Os colegas poderiam sim dar uma continuidade.” P4

“É eu fico pensando muito [...] do que significa trabalhar com um população que é invisível, que está a margem, que já está marginalizada e de que quando a gente fala como trabalhador, fala desse lugar que é invisível. Então quem vê e quem valoriza [...] de que forma é legitimado este trabalho, se também a população com a qual a gente trabalha e direciona o nosso cuidado é uma população invisível, então também de alguma forma a gente fala desse lugar da invisibilidade assim, de como que a gente constrói cuidado na invisibilidade, e que tem que ser afirmado cotidianamente.” P10

Assim, a falta de entendimento das especificidades que envolvem o atendimento à PSR, bem como a necessidade de cuidado singular, impossibilita pactuar prioridades e promover a atenção integral em rede. O que será discutido a seguir.

b) Necessidade de priorizar o atendimento à PSR e oferecer uma atenção integral e em rede

Ainda na dimensão da articulação do CR com a rede de serviços, outra fragilidade relatada pela eCR foi a dificuldade dos serviços de saúde para priorizar o atendimento à PSR. Consideram que essa fragilidade é um reflexo da invisibilidade dessa população:

“Esse é o grande nó [...] nosso objetivo maior enquanto equipe é favorecer esse acesso, ele não se solidifica, não se amplia, não se fortalece se os colegas dos setores, não só saúde, mas principalmente saúde (que são os mais endurecidos), não pensam dessa forma [...] o público é visto como não merecedor de nada, tu moras na rua, tu és uma pessoa excluída, tu não produz, pra mim tu não trabalhas, tu não tens direito a nada, tu não tens direito, pronto.” P4

A prioridade referida pelo grupo trata-se da necessidade de priorizar um usuário quando a eCR chega ao serviço de saúde, e ela se justifica por diversos motivos: primeiramente, porque o profissional que está acompanhando o usuário está em seu horário de trabalho; além disso, pela situação vulnerável que a pessoa se encontra, muitas vezes, com fome e em abstinência; e também porque o desejo do indivíduo é provisório, e muitas vezes esse desejo é mais pelo vínculo do que necessariamente a vontade do usuário. A fala de uma participante representa essa fragilidade:

“[...] às vezes a gente fica uma tarde inteira com uma pessoa, eu acho que isso facilitaria se a gente fosse logo atendido e pela situação vulnerável que aquela pessoa se encontra. Como é que eles avaliavam lá na unidade: pelo risco da urgência clínica e a gente dizia: Não! Pela questão psicossocial, é outro aspecto muito importante que tem que ser considerado aqui, [...] não é assim cheguei e vai ser atendido, mas uma agilidade. Na UPA a gente fazia isso, vamos fazer logo a triagem. A gente pode até esperar, mas só o fato de ele ir lá e falar com a enfermeira [...] Já está em atendimento e foi priorizado. Ah! Com vocês eu estou conseguindo! Entrei! Toda questão emocional, então era isso o que a gente pedia e foi combinado assim com as unidades e se perdeu.” P4

Outro fator importante é que muitas vezes os serviços de saúde norteiam seu atendimento pela Classificação Internacional de Doenças – CID. Nesse contexto, são negligenciados, por vezes, a fala do indivíduo e os fluxos para encaminhamentos que não resolvem efetivamente a demanda do usuário em situação de rua.

“[...] eu acho que esse é o grande problema, a gente está hoje norteado por um CID, [...] o CID que norteia o teu atendimento, não o que a pessoa está te falando, o CID às vezes até fica por último! Por isso que falam nas unidades: as pessoas só vem aqui pra chorar e para conversar, talvez esse seja o problema de saúde dessa comunidade né, dessa demanda então. É a escuta, que é o que muito a gente encontra na rua. Ah! Então vocês não trabalham, vocês só conversam?” P3

“a gente brinca, na unidade de saúde, se chorou manda para o psicólogo, precisou de um vale transporte vai para a assistente social, está com um corte vai para a enfermagem. Mas pensar por que mesmo ele se cortou? Por que ele está tendo essa necessidade do vale de transporte? Por que ele está chorando? Às vezes é o medo de entrar na consulta, de fazer vacina, precisa de um psicólogo? Ou precisa vir um profissional e explicar como que vai ser feito o procedimento? É entender essa população pra gente conseguir chegar nela.” P3

“Atendimento integral é o que a pessoa precisa, não só o que tu podes fazer por ela [...] saúde é isso, é como tu pensa em viver melhor, então não é só aquela coisa estrita do tratar HIV, tratar tuberculose, tratar isso, tratar aquilo, e ainda é assim que é visto na [área da] saúde por exemplo.” P4

É nesse sentido que cada profissional precisa se apropriar do conhecimento do outro, para que o trabalho seja horizontal, cada núcleo com seu conhecimento e sua atuação. Contudo, faz-se necessário um entendimento e (re)conhecimento do fazer do outro, para ofertar um acolhimento qualificado e integral ao usuário.

c) Tempo prolongado para fluxos de acesso e agendamentos com a rede de serviços

Outra fragilidade, associada à dimensão da articulação do CR com a rede de serviços, refere-se ao tempo prolongado para fluxos de acesso e agendamentos, uma vez que os atendimentos aos usuários do CR são dificultados quando envolvem outros serviços, pois a organização da rede primária do SUS é normatizada com fichas, senhas, disponibilidade de horários e procedimentos agendados com antecedência. Normas que favorecem os fluxos de atendimento, mas também engessam os trabalhadores da saúde, impedindo uma relação de cuidado singular com o usuário. (FRANCO, 2006).

Burocracias para agendamento de consultas, inflexibilização de horários de atendimento, exigências de documentos como identidade, comprovante de endereço e Cartão SUS são processos de exclusão velados à PSR e reforçados institucionalmente. (HALLAIS; BARROS, 2015).

Essa inflexibilização, relacionada a normas e rotinas, afasta a PSR dos serviços de saúde e de assistência social, como no caso de um usuário do CR que *“prefere não pousar em albergues porque não tem onde deixar seus três companheiros (os cachorros Dilma, Paim e Serra).”* (Diário de Campo 1).

Outro problema é que catadores de materiais recicláveis não têm local nos albergues para deixar seus pertences, pois o guarda-volumes é pequeno. Além disso, pela manhã, com sol ou com chuva, precisam sair do local. Considerando que ficam expostos à chuva, muitas vezes, optam por permanecer em locais protegidos, como em baixo de viadutos, de marquises, com seus cobertores, animais e materiais para sobrevivência. Então, são regras que representam empecilhos e que afastam a PSR das possibilidades de acesso a espaços de proteção:

“A gente tem que sensibilizar aquele trabalhador, aquele serviço [...] daí talvez aquele primeiro serviço entenda, mas precise ir para outro [...]. E assim vai indo a rede, então tu vai parando em empecilhos, em filtros [...]” P3

Dessa forma, a eCR busca fazer parceiros no atendimento à PSR, sensibilizando os trabalhadores da rede para um olhar integral a essa população, sendo porta-voz, construindo a consolidação de um direito legítimo, sem se indispor com o serviço, pois mais cedo ou mais tarde vai retornar com outras demandas, de outros usuários.

“[...] quando estamos em uma reunião de equipe, em outros setores, com outras equipes, tentamos fazer amizades, [...] a gente fica assim numa má situação [...] de algo que a gente tá vendo que não tá funcionando, mas ao mesmo tempo tem que fazer uma boa amizade, porque a gente precisa da rede, a gente não é nada sem rede, não é nada. Então tu tem que exigir, sabe, tem aquele ditado do morde e assopra, a gente está sempre nessa tensão [...]” P4

Por outro lado, por diversas vezes, a rede tenta transferir a responsabilidade, em relação à PSR, apenas para o CR. Como já aconteceu de um hospital dar alta para uma pessoa em situação de rua e chamar o CR para buscá-la. Obviamente, o CR se envolveu, conheceu o

usuário, acionou a rede, mas não retira a pessoa do hospital para lagar na rua. Sobre esse aspecto os participantes argumentam:

“[...]é pra gente estar facilitando o acesso e também sensibilizando a rede. Acho que não é pra gente também formar guetos de atendimento da população de rua, porque acontece isso às vezes, da unidade ligar e querer transferir o paciente pra cá, [...] Ah, população de rua é do Consultório na Rua. [...] um dos desafios é sensibilizar, trabalhando com a rede [...] a rede tem que acolher.” P5

“[...] a gente fazia às vezes para facilitar, indo no turno que estava a fulaninha que era a nossa apoiadora. Era a rede quente. Mas que não deveria acontecer, mas às vezes precisa acontecer senão a gente não consegue [...].” P4.

“[...] dependendo da demanda do sujeito a gente já sabe até qual unidade ir, [...] já sabe como é o estilo de cada uma, [...] a gente já vai criando assim uma habilidade. Claro que a situação de rua favorece [...] tem que ser atendido pela unidade que está mais próxima.” P4

“São as burlas necessárias para garantir o atendimento.” P3

O trabalho vivo em ato é autogovernável, portanto, passível de transpor a ordem e a norma, abrindo linhas de fuga para que possa trabalhar com maior liberdade, aumentando sua potência criativa, produzindo, dessa forma, novas redes, novos fluxos, diferentes dos planejados pelas normas e regras pré-estabelecidas. (FRANCO, 2006).

O trabalho realizado com a PSR não é possível sem as linhas de fuga, pois, muitas vezes, não se trata de um sujeito que está ali planejando seu atendimento, ele está preocupado com questões muito mais urgentes para ele, como: o que vou comer, onde vou dormir, estou com fissura, entre outros. Desse modo, o tempo de espera não é o mesmo para a PSR. Sabendo disso, a eCR cria as rotas de fuga para garantir o atendimento com menos empecilhos possíveis, o que é relatado a seguir:

“São as burlas necessárias [...]. A gente jura que encontrou o fulano meia quadra da UBS X, para poder ir lá [...].” P4

“[...] pela lei isso é correto, entendeu? O acesso tem que ser garantido.” P5

O acesso da PSR aos serviços de saúde é garantido em lei, conforme previsto na Política Nacional para População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. O art. 7 garante “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde,

educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda". (BRASIL, 2009a, p. 1).

“Por uma lei né, pela lei da população de rua, pela lei da atenção básica que diz que tem que ter território, tem a população adstrita, adscrita, [...] uma coisa sobrepõe a outra, qual é a maioria que eles atendem? É essa, então, nem sabem ou não querem ver esse outro tipo de população [...] são essas políticas, que na verdade uma sobrepõe a outra, o que me convém trabalhar com a política naquele momento, é mais interessante.” P3

Na Política Nacional de Atenção Básica, conforme mencionado na fala do participante, todo e qualquer profissional do SUS é responsável pela atenção à saúde da PSR. No entanto, essa mesma política explica a noção de território para o atendimento da demanda. (BRASIL, 2012b). Cabe ao profissional da atenção primária atentar para esse aspecto em relação a essa população.

Sobre o tempo prolongado para fluxos de acesso, a eCR citou o tempo para uma laqueadura realizada pelo SUS, em que existe um fluxo que se faz necessário, porém muito demorado para a demanda das mulheres atendidas que, por vezes, até conseguirem estar aptas para o procedimento, já engravidaram novamente. A entrada no abrigo passa por essa mesma lógica, uma pessoa em situação de rua precisa primeiro ter passado por um albergue para depois poder ser admitida em um abrigo.

“O tempo desses projetos, dessas políticas, o tempo de cada serviço. O tempo concreto que eu digo, uma laqueadura, por exemplo, tem todo um fluxo, tem que fazer entrevista com a assistente social, depois tem que passar um mês não sei o que, que tem ir no posto com o médico fazer exame, depois tem que esperar não sei o que. Só sei que esse tempo são uns três meses.” P4

“Tem que ir pra albergue antes do abrigo, tu não pode ir direto pro abrigo [...]. Mas tu tens um olhar singular sobre aquele sujeito, tu estás acompanhando-o há algum tempo.” P4

Vale lembrar que, atualmente, a cidade de Porto Alegre possui apenas dois abrigos públicos: Abrigo Municipal Marlene (Bairro Meninos Deus) e Abrigo Municipal Bom Jesus (Bairro Bom Jesus). Nos abrigos, adultos em situação de rua podem permanecer durante o dia e a noite. Além disso, é ofertado auxílio para sua reorganização pessoal e social. Já os albergues oferecem pernoite, com jantar, café da manhã, bem como banho e roupas limpas, no período das 19h às 7h. (FASC, 2016).

6.2 ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR AS FRAGILIDADES E OS DESAFIOS DO TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA

Essa categoria aborda as estratégias para superar as fragilidades e os desafios no trabalho da eCR, as quais são apresentadas em três dimensões: da população em situação de rua, dimensão institucional e dimensão da articulação do CR com a rede de serviços que atuam com o CR.

6.2.1 Dimensão da população em situação de rua

Nessa dimensão, buscou-se alternativas para superar a invisibilidade da PSR e o fortalecimento de sua autonomia. Apresenta reflexões relacionadas ao objetivo de oferecer uma atenção pautada em práticas que proporcionem um acolhimento, respeite as escolhas e a autonomia da PSR, promovendo o empoderamento dos indivíduos e estimulando sua participação no cuidado e autocuidado.

a) Busca pelo empoderamento da PSR

Empoderamento significa aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de sujeitos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, especialmente das pessoas submetidas a relações de opressão, discriminação e dominação social. Efetiva-se em um contexto de mudança social e desenvolvimento político, a fim de promover equidade e qualidade de vida por meio de cooperação mútua, autogestão e participação em movimentos sociais autônomos. Possibilita o desenvolvimento de um olhar crítico do indivíduo que potencialize a capacidade de resolver seus problemas. (KLEBA; WENDAUSEN, 2009). Sobre isso, a eCR refere que:

“[...] é um desafio nosso como trabalhador ir todo dia pra rua e ver a situação que a pessoa está. Nosso grande papel é poder empoderar essa pessoa, que reconheça seus direitos [...] de estar sendo assistida socialmente, estar sendo assistida aqui no posto de saúde que é o mais próximo.” P2

Trata-se de um grande desafio, pois essa população, de modo geral, não tem conhecimento de seus direitos e este é um dos papéis da eCR, além de facilitar o acesso aos serviços de saúde e à assistência social.

6.2.2 Dimensão institucional

Na subcategoria dimensão institucional, relacionada às estratégias para superar as fragilidades e os desafios no trabalho da eCR, são abordados: a qualificação dos espaços de comunicação interna entre CR e Instituição; a necessidade de qualificação estrutural: o carro próprio e adaptado sem troca de profissional condutor; e sistema de informação modernizado com espaço para informações subjetivas. Também são apresentadas as estratégias relacionadas aos trabalhadores, conforme veremos a seguir.

a) Necessidade de qualificação dos espaços de comunicação interna e entre CR e Instituição

Uma estratégia criada pela eCR para o enfrentamento de fragilidades na dimensão institucional foi a comunicação entre os membros da equipe.

“A gente criou uma estratégia na equipe de se apoiar mutuamente, temos nossas desavenças, nossas diferenças, como pessoas, como profissionais, como tudo. Mas quando chega no ponto de atender fulano, isso aí a gente cria uma fortaleza [...] acho que isso é uma estratégia de fortalecimento entre nós de apoio mútuo.” P4

“[...] a comunicação que eu acho que é entre a gente, estar trabalhando isso né, nas nossas reuniões, discutindo caso, trabalhando bem essa coisa da comunicação.” P5

Além da comunicação interna realizada nas discussões de casos, as reuniões de equipe e o apoio de outros profissionais de saúde também contribuem para a qualificação da eCR. Como por exemplo, o matriciamento realizado juntamente com um psiquiatra de 15 em 15 dias, quando são discutidos casos de difícil resolução. Essa estratégia é uma forte aliada para superar o modelo hospitalocêntrico e consolidar a proposta do CR. Assim, o matriciamento possibilita apresentar e discutir os casos de usuários atendidos em outros serviços, pois construir junto projetos terapêuticos aproxima as unidades, fazendo com que conheçam e entendam o trabalho da eCR.

b) Carro próprio e adaptado sem trocas de profissional condutor

Sobre essa fragilidade apontada pela eCR, já foi feita uma solicitação para a instituição pedindo a compra de um carro próprio e adaptado, porém a solicitação foi negada devido à insuficiência de verbas no momento. Entretanto, na sala de situação, os integrantes da eCR referiram o problema e encaminharam nova solicitação à gerência do GHC, a fim de repensar sobre a aquisição desse equipamento extremamente útil para a eCR, com um único motorista que o conduzisse.

“[...] queremos um carro adaptado, mas sabemos das dificuldades de ter um carro na instituição, tem manutenção, motorista [...].” P6

c) Sistema de informação modernizado com espaço para informações subjetivas

Quanto ao sistema de informação, que não possibilita a inclusão de dados subjetivos relacionados às especificidades dos atendimentos à PSR, a eCR entende que essa fragilidade é de difícil resolução, considerando que o sistema seja o mesmo para todos os serviços de CR do Ministério da Saúde.

“Esse é um problema supermacro, né, acho que é lá do Ministério.” P4

Entretanto, na sala de situação, o encaminhamento proposto foi pensar em uma estratégia de solução juntamente com a equipe de Tecnologia de Informação do GHC.

d) Estratégias para o enfrentamento de fragilidades em relação aos trabalhadores do CR

Os integrantes da eCR entendem que as fragilidades relacionadas aos trabalhadores não são da governabilidade do CR, entre as quais destacaram: necessidade de ter um assistente de coordenação da eCR com FG; plano de carreira na instituição; liberação para eventos relacionados à área de atuação no CR; aumento do número de integrantes da eCR; ajuste de carga horária; coberturas de férias e de licenças dos integrantes da eCR, entre outros.

A estratégia encontrada pela eCR, na sala de situação, foi manter a pauta de encaminhamento como prioridade, para a coordenação do GHC, visando marcar a importância do problema. Porém, as fragilidades com governabilidade da eCR foram

amplamente discutidas e, inicialmente, foram propostas duas estratégias: criar espaço para escuta dos conflitos gerados no cotidiano do trabalho e nas relações; e consolidar o CR como espaço de formação comprometido com o campo de atuação, conforme será apresentado a seguir.

- Espaço para escuta dos conflitos gerados no cotidiano do trabalho e nas relações

Como estratégia para qualificar as relações de trabalho entre os integrantes da eCR foi proposta a criação de espaço para escuta dos conflitos gerados no cotidiano. Nessa perspectiva, a eCR sugeriu um apoio/supervisão institucional, na figura de um profissional que entenda a dinâmica do CR e que participe desse espaço de escuta dos conflitos gerados no cotidiano do trabalho e nas relações, para mediar as possibilidades de solução dos problemas, junto com os integrantes da eCR. Também sugeriram a realização de oficinas com a eCR:

“[...] o apoio institucional também pode ser um momento para a equipe desabafar, pra fazer alguma oficina [...] não é só a fala, mas atividades com a equipe. Pra aliviar um pouco, se a equipe tá muito tensa.” P6

“É eu acho que alguém a gente tem que chamar e sentar pra iniciar essa conversa, mesmo que a gente ache que a pessoa não vai dar conta, mas a partir daí pode gerar outros encaminhamentos [...].” P5

“A gente poderia fazer essa coisa da supervisão institucional [...] porque a gente vai falar dos entraves, vai falar dos problemas que a gente sente, vai falar da gente. A gente acaba somatizando, estresse mesmo.” P4

Além disso, a Educação Permanente em Saúde foi sinalizada como um momento para a eCR ter oportunidade de refletir sobre a prática. Pode ser por meio de palestra, convidados, assistir e debater um filme, discussão de um texto, entre outros. Sugeriram que esses momentos sejam considerados como horas de formação da equipe. Foram propostos o agendamento das atividades e a definição de temas, com antecedência, para construir uma agenda mensal para 2017. O GHC já definiu a sala de situação como espaço para repensar as práticas de gestão de cada equipe e consolidar a construção do processo de educação permanente em saúde na instituição.

“[...] pelo menos uma ou duas vezes por mês, trazer alguém pra conversar [...]. Uma palestra ou a discussão de algum filme [...].” P6

“Discussão de um texto, internação compulsória [...] entre equipe mesmo, assinar a presença, registrar e encaminhar para a escola (Escola GHC), como horas de formação da equipe [...]. É o que vai acabar se tornando toda essa sala de situação [...].” P6

“É que a sala de situação é a educação permanente desse ano. [...] na verdade são eles que orientam o que fazer, [...] é obrigatório, todas as equipes têm que fazer a sala de situação, tem um andamento que pode dar uma modificada, mas todo mundo tem que fazer.” P3

Nesse contexto, a exigência institucional de as equipes dos serviços adotarem a sala de situação como espaço de discussão sobre fragilidades e estratégias contribui para possibilitar a criação de um espaço de escuta dos conflitos gerados no cotidiano do trabalho e nas relações da eCR.

- Consolidar o CR como espaço de formação comprometido com o campo de atuação

Outra estratégia apontada pela eCR foi a necessidade de consolidar o CR como espaço de formação comprometida com o campo de atuação. A eCR destacou os pontos positivos relacionados à presença na equipe de estudantes e profissionais em formação, à medida que mobiliza que a eCR repense o seu fazer.

“[...] eles vêm com essa questão da formação... oxigena a equipe, traz todo um processo de educação permanente com a gente [...]” P5

A pesquisadora sugeriu, como estratégia, que os residentes tragam um produto do estágio realizado no CR: o relatório, um estudo de caso, um artigo, entre outros, para que esses produtos possam reverter em publicações junto à eCR. Essa estratégia, além de ser produtiva para o estudante, é muito importante para promover a visibilidade do CR, divulgando o trabalho realizado, tanto em nível institucional como acadêmico. A eCR mostrou-se muito motivada com essa estratégia, como aparece nas falas de uma participante:

“[...] isso é importante [...] pensar em quanto os residentes poderiam estar nos auxiliando [...] tem tanta coisa aqui [...]. [...] eu queria dizer que eu estou superinstigada, assim eu acho que esse teu papel aqui de estar vindo, tu tá instigando e a gente tá discutindo várias coisas que eu quero dizer sinceramente que isso não deve ficar parado assim, sabe, eu acho que, é claro que com calma, ver como é que a gente pode estar trabalhando com tudo isso que é muito rico.” P5

“[...] a gente fala muito dessa necessidade de produzir [...] muitas pessoas vêm aqui, coletam e produzem. [...] achei interessante essa questão que tu trouxeste da publicação vinculada a residência e estágio, [...]. Não deixar para pensar lá no período final, mas já ir pensando [...] apareceu esse evento no Hospital de Clínicas. [...] já escrever alguma coisa.” P5

Além da visibilidade para o CR, o residente é um multiplicador nos serviços de atenção à PSR, pois passa por diferentes campos de estágio durante a residência, podendo, dessa forma, disseminar a importância do trabalho em rede e ajudar a transformar as práticas educativas e de saúde das pessoas que atendem a PSR.

“Visibilidade da instituição, mais profissionais, estar participando... mesmo pouco, este estágio que eles vêm, eles voltam pra unidade como, vou inventar aqui um nome, um ponto sensível né, da população em situação de rua, pra estar lá na unidade.” P5

Uma prática que já ocorria nos grupos de estágios, mas que acabou sendo esquecida, era que os residentes eram responsáveis por um caso, um usuário do CR, e eles desenvolviam todo um trabalho como referência para aquele usuário. Nesse sentido, uma estratégia proposta foi a retomada dessa prática: ao fim do estágio, um caso deverá ser apresentado em um seminário para o próximo grupo de residentes, para que possam continuar acompanhando o usuário, sob a supervisão da preceptoria. Além disso, esse poderia ser o estudo de caso, tanto dos residentes como dos estagiários, visando às possibilidades de publicações em eventos ou periódicos.

“Isso a gente tem que retomar [...] os residentes se responsabilizavam, claro sempre junto com algum de nós [...].” P4

“[...] a gente poderia estar trazendo também a passagem automática. [...] agora virão outros três residentes, eles teriam que passar para os outros colegas. Porque até a pessoa vai se sentir mais acolhida [...].” P2

Pensando ainda na visibilidade do CR, a equipe sinalizou como estratégia a participação que tem feito nas reuniões e assembleias, pois se constituem como espaços de representação do CR.

“[...] também é um espaço de representação, nessas instâncias deliberativas.” P9

Considerando a escuta das falas da eCR, nas reuniões do grupo focal, propõe-se como estratégia, para consolidar o CR como espaço de formação comprometida com o campo de atuação, que os residentes, acadêmicos, mestrandos e doutorandos que estagiam ou atuam no CR possam contribuir para a qualificação do serviço. Assim, cada grupo de estudantes ou de profissionais que utiliza o CR como campo de prática deverá elaborar e executar uma proposta de ações educativas junto ao CR, como devolução ao campo de prática. A estratégia é descrita no Capítulo 6 desta dissertação, em que é apresentada a proposta de intervenção deste estudo.

6.2.3 Dimensão da articulação com a rede de serviços

As estratégias relacionadas à dimensão da articulação com a rede de serviços foram constituídas por: dimensão da articulação do CR com a rede de serviços; prioridade no atendimento e atenção integral em rede; e, fortalecimento da articulação da rede nos grupos de trabalho, conforme será apresentado a seguir.

a) Prioridade no atendimento e atenção integral e em rede

A maneira que a equipe encontrou de sensibilizar a rede a fim de promover a cultura da prioridade e da integralidade em rede nos atendimentos de saúde à PSR foi com discussão de casos e com o matriciamento.

“Eu acho que a questão do matriciamento, da gente estar participando, fazer o matriciamento com as unidades de saúde que eu acho que também isso é uma forma de sensibilizar as equipes.” P5

O matriciamento ou apoio matricial é uma das possibilidades de produzir saúde na qual duas ou mais equipes se reúnem em um processo de construção compartilhada e criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para o atendimento ao usuário. (CHIAVERINI, 2011).

“O matriciamento são outras reuniões institucionais, dentro do serviço de saúde comunitária [...] com os CAPS e as unidades de saúde, que são doze do Conceição. [...] para estimular o trabalhar a saúde mental dentro da atenção básica [...] que tem essas reuniões, duas vezes por mês, onde cada unidade é

chamada para conversar com os três CAPS (Infantil, o CAPS adulto e o CAPSad, adulto também), pensar em estratégias para saúde mental dentro da própria comunidade [...] eu acho que a proposta é muito boa.” P3

“[...] Que eu acho que tá ligado a essa questão de divulgação do trabalho do consultório, trabalhar com matriciamento. Pactuação com as unidades.” P5

Assim, como estratégia de enfrentamento da fragilidade relacionada às prioridades dos atendimentos à PSR, na rede de serviços, a eCR utiliza o espaço do matriciamento em que, a partir das reuniões com outras equipes, configuram-se possibilidades para fortalecer a articulação e apontar a importância da prioridade no atendimento à PSR, na rede de serviços e de saúde.

b) Fortalecimento da articulação da rede nos grupos de trabalho

Outra estratégia relacionada à dimensão da articulação com a rede de serviços foi buscar o fortalecimento e a qualificação da comunicação com a rede nos grupos de trabalho.

“E a questão dos entraves institucionais e com a rede, [...] o instrumento da reunião é muito importante [...] a gente faz Grupo de Trabalho com o CAPS, para buscar aproximação cada vez maior e manter esse vínculo. Também as reuniões com a assistência [...] o Ação Rua agora entrou para fazer a abordagem junto com a gente. [...] é uma estratégia superimportante das ações em conjunto.” P5

Em relação ao fortalecimento da articulação com a rede, a eCR definiu como estratégia apresentar e discutir periodicamente para as equipes as fragilidades do CR relacionadas ao atendimento à PSR. Esse trabalho já foi realizado em momentos anteriores, porém diversos profissionais foram realocados, os acordos foram esquecidos e muitas pactuações se perderam, sendo necessária a retomada constante dessa prática.

“Usar o espaço de reunião de colegiado para apresentar o serviço. [...] porque a gente tem que ficar repetido também [...] cansa a equipe [...] a gente trabalha com esse cansaço [...].” P5

“[...] as coisas se perdem, os profissionais mudam, as pessoas esquecem [...].” P3

“Sabe o que eles vão fazer? O que fizeram todas as vezes! É tudo muito lindo, ótimo! Ai que legal, que ótimo! Não a gente vai fazer isso, isso e assado, mas na hora da prática não rola. Então acho que com um caso que tu vai criando, vai costurando, sabe?” P4

Assim, alguns dos integrantes da eCR consideram mais resolutiva a discussão de caso com a unidade de saúde, pois consideram que é uma estratégia para a unidade pensar junto e se envolver com o atendimento ao usuário em situação de rua, bem como entender mais as especificidades desse cuidado.

“[...] no dia a dia com caso, acho que é mais resolutivo, acho que dá mais impacto [...]” P4

“Ah! Tem alguém aqui na rua, na frente do posto, é superestratégico a gente ir lá, levar na unidade, conversar com a unidade. Porque senão fica no ministério do ar mesmo [...] Isso, a gente vê que dá certo [...] senão as pessoas não entendem, porque está muito distante.” P3

“Eu fico pensando nisso [...] Quando vão pra prática junto, [...] quando vamos para a rua juntos e fazemos esse trabalho, parece que introjeta [...] entendem que dinâmica é essa [...].” P11

“Se tu fores nas unidade vão dizer que sabem que a gente tem prioridade [...]. O problema é que na prática eles não fazem, [...] podes perguntar para os residentes, quando passam nas unidades se eles sabem o que é, [...] as unidades sabem, só que na prática eles não fazem.” P3

“[...] mesmo fazendo isso, tanto nas unidades quanto formalmente, ainda vai ter os profissionais que vão dizer: eu não vou fazer! E isso a gente vai ter que lidar, sabe?” P4

Assim, as falas dos integrantes da eCR revelam que utilizam uma técnica para buscar a implicação das unidades de saúde no atendimento qualificado à PSR. Utilizam várias estratégias, aproveitando as oportunidades, tanto acompanhando o usuário ao local de atendimento, quanto promovendo diálogo com a unidade acerca da especificidade desse tipo de demanda. São estratégias que a eCR desenvolveu ao longo do tempo e que são efetivas, na maioria das vezes. Além disso, também buscam estratégias para lidar com os profissionais resistentes à proposta do CR. Situações que requerem preparo do integrante da eCR para lidar, pois podem gerar conflitos e desestímulo da equipe.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde, para o consultório na Rua Pintando Saúde/GHC, foi elaborada a partir das discussões nos grupos focais e das observações de campo deste estudo. Identificou-se a necessidade do CR desenvolver um processo de articulação com a rede socioassistencial envolvida nos atendimentos e encaminhamentos da PSR desta região. Além disso, criar e qualificar dispositivos que possibilitem mais visibilidade do CR, tanto para o público interno quanto para o externo. Sendo que, transformar o CR como espaço de referência na formação de acadêmicos e residentes é uma das metas da eCR.

Destaca-se que o Programa de Educação Permanente em Saúde, para o Consultório na Rua Pintando Saúde/GHC, foi validado pela eCR, sendo que a mesma fez ajustes em relação aos convidados do Grupo de Estudos (Quadro 4) e do I Fórum do Consultório na Rua Pintando Saúde (Quadro 5). O programa divide-se em três dimensões, as quais são descritas a seguir:

- a) Dimensão da qualificação da eCR: Criação do Grupo de Estudos da eCR com encontros mensais;
- b) Dimensão da articulação com a rede: Planejamento do Fórum de articulação do CR com a Rede Socioassistencial (organização do programa);
- c) Dimensão do CR como campo de pesquisa: Planejamento do Seminário Semestral de apresentação das pesquisas concluídas em 2017, realizadas no CR (entrega do relatório digital e impresso).

Quadro 4 – Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do GHC – Porto Alegre/RS (Grupo de Estudos)

(continua)

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE GRUPO DE ESTUDOS PINTANDO SAÚDE	
Objetivos:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar momentos de estudo e pesquisa no CR; 2. Desenvolver um espaço de trocas de experiências; 3. Problematizar assuntos pertinentes à prática da eCR; 4. Desenvolver estudos para possíveis publicações em Encontros, Congressos, Fóruns. 	
MARÇO/2017	
✚ Criação do Grupo	✚ Ajustes da programação proposta e definição da agenda de encontros. ✚ Eleição da coordenadora do grupo (anual).
✚ Oficina de Integração – Como tornar nosso trabalho mais leve	✚ Convidada ¹⁵ : (Psicologia do Trabalho e Organizacional).
ABRIL/2017	
✚ Invisibilidade da PSR <i>versus</i> CR	✚ Vídeo: (A RUA NÃO É UM MUNDO FORA DO NOSSO MUNDO, 2013). ✚ Discussão e Problematização do Artigo: HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. saúde pública , v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.
MAIO/2017	
✚ Mapeamento dos serviços socioassistenciais para a PSR: O que existe? Onde? Qual é o fluxo? O que é preciso fazer?	✚ Convidada: (Psicóloga FASC).
JUNHO/2017	
✚ Relato de Caso/Relato de Experiência: Como fazer?	✚ Convidada: (Oficina de Escrita Científica UFRGS).
JULHO/2017	
✚ Redução de Danos	✚ Convidado: (Redutor de Danos da Prefeitura de Porto Alegre).
AGOSTO/2017	
✚ Representações Sociais	✚ Convidada: (Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNISINOS). ✚ Oficina sobre Representações Sociais e apresentação da pesquisa: Representações sociais de violência e saúde de usuários em situação de rua atendidos no Consultório na Rua do GHC/POA
SETEMBRO/2017	
✚ Políticas de atenção ao usuário de drogas	✚ Convidado: (Coordenador estadual do Programa Crack é Possível Vencer).







¹⁵ O nome dos convidados não foram inseridos nesta visualização do programa para preservar suas identidades.

(conclusão)

OUTUBRO/2017	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Seminário de Troca de Experiências enfrentados e estratégias utilizadas) 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Convidados: eCR – Equipe Centro. ✚ Questões norteadoras: Quais são os principais desafios enfrentados no trabalho do CR? ✚ Que estratégias a equipe desenvolveu para superar esses desafios?
NOVEMBRO/2017	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Educação Permanente em Saúde no Trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Convidado: (Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS)
DEZEMBRO/2017	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Encerramento das Atividades do Ano; ✚ Aprovação da agenda para 2018; ✚ Eleição do coordenador do Grupo para 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> Discussão em grupo: ✚ Próximo coordenador; ✚ Novos temas para 2018; ✚ Confraternização.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do GHC – Porto Alegre/RS (Fórum)

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE I FÓRUM DO CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE	
<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrar o trabalho desenvolvido no CR Pintando Saúde; 2. Debater com a rede socioassistencial as especificidades da PSR atendida pelo CR, promovendo sua articulação; 3. Desenvolver um painel para apresentação dos resultados de pesquisas realizados no CR (eCR e estudantes); 4. Propiciar espaços de construção coletiva, integração e dialogicidade em torno dos assuntos tratados. <p>Público Alvo:</p> <ul style="list-style-type: none">  Colaboradores do GHC;  Estudantes e profissionais de saúde, assistência social e áreas afins;  Comunidade. 	
Planejamento	<ul style="list-style-type: none">  Definir a comissão organizadora: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação: divulgar o evento, inscrições; - Financeira: buscar parceiros e patrocinadores; - Científica: avaliar trabalhos inscritos, convidar palestrantes, entre outros.  Definir data (Abril de 2017);  Local do evento: SESC Campestre (Convênio com o GHC).
PROGRAMA PRELIMINAR	
8h30min – Solenidade de Abertura	Palestrante: a definir
9h – Conferência de Abertura: Seis anos do Consultório na Rua Pintando Saúde	Conferencista: eCR
10h – <i>Coffee Break</i>	
10h20min – Mesa Redonda: Articulação da rede socioassistencial	Integrantes da Mesa: a definir Moderadora: (Movimento POP RUA)
11h40min – Intervalo	
13h – Palestra: Invisibilidade da População em Situação de Rua	Palestrante: (Psiquiatra matriciador do GHC)
14h – Mesa Redonda: Vidas na Rua Transmissão <i>online</i> pela <i>Web</i> Rádio Pintando Saúde e Rádio AMORB (A Voz do Morro Rubem Berta – parceira do CR)	Usuários do CR: convidados para depoimentos Moderador: eCR
15h30min – Intervalo (<i>Coffee Break</i>) e Mostra de Pôsteres e Exposição de arte de usuários do CR	
16h10min – Palestra: O Consultório na Rua como um centro formador	Palestrante: (Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS)
17h – Encerramento	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do GHC – Porto Alegre/RS (Seminário de Pesquisa)

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE SEMINÁRIO DE APRESENTAÇÃO SEMESTRAL DE PESQUISAS CONCLUÍDAS EM 2017	
Objetivos:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar os trabalhos desenvolvidos no CR Pintando Saúde (Acadêmicos, Residentes, Mestrandos e Doutorandos); 2. Propiciar um espaço de construção coletiva entre estudantes e eCR. 	
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> + Definir comissão organizadora; + Definir data e local do seminário.
Inscriver os estudantes apresentadores	<p>Apresentador – 20 min</p> <p>Espaço para debate – 10 min</p>
Todos os estudantes deverão, no dia da apresentação, entregar Relatório Digital e Impresso ao Preceptor do Campo.	

Fonte: Elaborado pela autora.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a identificação das fragilidades e desafios vivenciados pela eCR diante do atendimento à PSR. A invisibilidade desta população, muitas vezes, impede o acesso a serviços socioassistenciais, além disso, a eCR vive o dilema entre a garantia da autonomia do usuário e a necessidade de ações de intervenção ao mesmo. Algumas fragilidades em dimensão institucional foram descritas pela equipe, itens que, por vezes, impedem um atendimento mais qualificado a PSR. Como no caso de pesquisadores que fazem do CR seu campo de pesquisa, porém, não devolvem o resultado das mesmas à eCR.

Contudo, o nó crítico apontado pela eCR foram as fragilidades e desafios relacionados a dimensão da articulação do CR com a rede de serviços. A própria invisibilidade da eCR perante os outros serviços, reforça a dificuldade que a equipe tem em percorrer a rede de serviços socioassistenciais com o usuário. Além disso, a falta de prioridade e atenção integral em rede, bem como o tempo prolongado de fluxos de acesso e agendamentos acaba por engessar a atuação da eCR.

Através dos grupos focais desenvolvidos com a equipe foi possível definir estratégias para lidar/superar as fragilidades identificadas. Entre elas o empoderamento da PSR, o encaminhamento à gerência do GHC de algumas possibilidades de melhorias em relação a questões de dimensão institucional. A criação de momentos com a apresentação de pesquisas desenvolvidas no CR por estudantes que passam por este campo de atuação. E a constante comunicação da eCR com a rede de serviços de sua zona de atuação, através de discussão de casos, reuniões de matriciamento, entre outros.

Considera-se que a proposta de intervenção deste estudo “Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde”, poderá contribuir para a equipe atingir a meta de implementar ações de educação em saúde, no CR. Além disso, poderá fortalecer a consolidação de um processo de formação, a partir da prática no CR, envolvendo acadêmicos, residentes e profissionais de saúde, sendo esta uma proposta inicial para a eCR, mas que poderá integrar às demais atividades do serviço. Dentre as práticas educativas propostas, o “I Fórum do Consultório na Rua Pintando Saúde” é uma das estratégias de articulação com a rede socioassistencial, para enfrentar as fragilidades vividas pela eCR no cotidiano que envolve os atendimentos e encaminhamentos dos usuários em situação de rua.

REFERÊNCIAS

A RUA NÃO É UM MUNDO FORA DO NOSSO MUNDO. Direção: Marcos Botelho Piovesan, Camilla Franco; Produção: Isabel Campos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Filme *on-line* (22 min). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000701497&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15 jul. 2016.

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2012.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Transdisciplinaridade e saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997.

ARGILES, Mariglei dos Santos; SILVA, Vini Rabassa. Assistência Social e População em Situação de Rua. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luís. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2011.

BACKES, Dirce Stein. et. al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, p.438-42, 2011.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. GESTÃO DE COMPETÊNCIAS E GESTÃO DE DESEMPENHO: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto?. **Revista de Administração de empresas**, v. 41, n. 1, p. 8-15, 2001.

BRASIL. Governo Federal. Lei Nº **7.498/86, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Governo Federal, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**. Polos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e Caminhos a Percorrer. Brasília, DF. 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: Relatório**. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Abril, 2008a. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. Governo Federal. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília. DF. 2008b.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF. 2009b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. SUAS e População em Situação de Rua. Vol. 3. Brasília. DF, 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 01 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Área Técnica de Saúde Mental. **Nota Técnica Conjunta/2012**. Adequação dos Consultórios de Rua e Implantação de Novas Equipes de Consultório na Rua frente às diretrizes de funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, estabelecidas pelas portarias 122 e 123 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 12, 13 de jun. de 2013.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Atenção Integral na Rede de Saúde. Módulo 5. 7. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Brasília: Ministério de Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consultório na Rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. IdeiaSUS. Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente. **Consultório na Rua: vivenciado uma gestão participativa e significativa para o cuidado de pessoas em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica: Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica – Consultório na Rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica. **Cálculo do número máximo de novas equipes de consultório na rua que poderão ser financiadas pelo MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).** Brasília: Ministério da Saúde, 2016e.

BRITO, Anami. Prefeitura Municipal de Camaçari. **Automóvel foi entregue pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.** Bahia, 05 out. 2011. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/2015/detalhe_noticia.php?cod_noticia=10165>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CANAL PETRÓPOLIS. **Prefeitura apresenta ônibus e carro para atendimento do consultório na Rua.** Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal de Petrópolis. Petrópolis, 2016. Disponível em: <<http://canalpetropolis.com.br/2016/06/prefeitura-apresenta-onibus-e-carro-para-atendimento-do-consultorio-na-rua/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. (Botucatu). v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Rio De Janeiro. RJ. 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CETAD. Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas. Observatório Baiano Sobre Substâncias Psicoativas. **Consultório de Rua: Origem e Trajetória**. UFBA. 2010. Disponível em: <<http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CMAFASC. **Comissão de Monitoramento e Avaliação – Fundação de Assistência Social e Cidadania**. Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA). Disponível em: <http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regioes=1_13_289>. Acesso em: 10 jul. 2015.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 4, n. 1, p. 1-15, 2006.

EBC – Empresa Brasil de Comunicação. **Moradores de rua de Brasília denunciam higienização social por causa da Copa**. 20/06/2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-06/moradores-de-rua-de-brasilia-denunciam-higienizacao-social-por>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

FASC. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Cadastro da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre 2011**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=6&p_secao=52>. Acesso em: 20 set. 2015.

FASC. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Reunião técnica acerta detalhes da Pesquisa para população em situação de rua**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc_news/cache/news20150903.html>. Acesso em: 07 set. 2015.

FASC. Fundação de Assistência Social e Cidadania. Atendimentos e Serviços. Rede Especializada. **Abrigagem de Adulto**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=88>. Acesso em: 15 ago. 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Editora Positivo, 2004.

FERREIRA, Frederico Poley Martins. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005**. Belo Horizonte, 2005.

FILHO, Antônio Nery; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro; MONTEIRO, Luiz Felipe. (Org.). **Guia do Projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

FIPE. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo**. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Prefeitura de São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FRANCO, Túlio Batista. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde, 2006.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 12 ed. Editora Paz e terra, 2014.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIBBS, Grabam. **Análise dos Dados Qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. **Planejamento do Serviço de Saúde Comunitária – 2016**. Porto Alegre, 2016. Documento interno do Hospital.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico do Brasil**. Brasil, 2010. Disponível em URL: www.ibge.gov.br. Acesso em: 07 set. 2015.

IASC. Instituto de Assistência Social e Cidadania. **Censo e análise qualitativa da população em situação de rua na cidade do Recife**. Recife, 2005. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/populacaorua.php>>. Acesso em: 02 set. 2015.

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEAL, Sandra Maria Cezar et al. **População em situação de rua usuária de crack e outras drogas: consultório na rua como estratégia para a promoção da atenção integral à saúde, no município de Porto Alegre/RS. Projeto de Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2013.**

LONDERO, Mario Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando da SILVA. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface, Botucatu**, v. 18, n. 49, p. 251-260, Abr-Jun, 2014.

LOPES, Maria Lúcia. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil – 1995 a 2005**. Brasília. 2006.

MARX, Karl. **O Capital**. Tradução: Reginaldo Sant'anna. 12. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. Livro 1, v. 2.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção Conceitual: **Educação Permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em Saúde**. 2005. 80 f. Monografia-Universidade do Vale do Itajaí. Camboriú, 2005.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em saúde**. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MNDH. Movimento Nacional de Direitos Humanos. Luta pela vida, contra a violência. **195 moradores de rua foram assassinados desde o começo do ano. 02.08.2013**. Disponível em: <http://www.mndh.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3380>. Acesso em: 16 jun. 2016.

MNPR. Movimento Nacional da População de Rua. **Cartilha de Formação do Movimento Nacional da População de Rua**. Outubro de 2010. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_luta_r.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

MORADORES de rua denunciam "higienização" em Porto Alegre. **Carta Maior**, Porto Alegre, 23 ago. 2006. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Cidades/Moradores-de-rua-denunciam-higienizacao-em-Porto-Alegre/38/11318>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

NOVO plano da prefeitura não atende às principais queixas da população de rua. **Zero Hora**, 24 de junho de 2015. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/porto-alegre/noticia/2015/06/novo-plano-da-prefeitura-nao-atende-as-principais-queixas-da-populacao-de-rua-4788248.html>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

OLIVEIRA, Carina Elisângela de. et al. **Consultório na Rua: Caracterização dos atendimentos à população em situação de rua**. In: Mostra Unisinos de Inovação Científica e Tecnológica, 2015, São Leopoldo. E-book edição 2015. Mostra Unisinos de Inovação Científica e Tecnológica. São Leopoldo: Unisinos, 2015. p. 302-303.

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de Rua: Relato de uma experiência**. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde; orgs. José Moya, et AL. – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.**

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes. Public policy and capital social: the Projeto Consultório de Rua. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 43-58, 2014.

PBH. Prefeitura de Belo Horizonte. **3º Censo de População em Situação de Rua e Migrantes**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=154144&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 18 set. 2015.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, Juliana. **Invisibilidade social e a cultura do consumo**. PUC RIO. Departamento de Artes e Design–2006, 2009.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Inaugurado novo serviço para usuários de álcool e drogas**. **Porto Alegre**, 2012. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_cidadao/default.php?p_noticia=151176>. Acesso em: 19 jun. 2016.

PORTO ALEGRE – RS. In: GOOGLE MAPS. **Consultório na Rua**: Google, 2015. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Consult%C3%B3rio+na+Rua/@-30.0263986,-51.1617374,13z/data=!4m5!1m2!2m1!1spostos+de+sa%C3%BAde+porto+alegre!3m1!1s0x0000000000000000:0xee8e1cce2d85b6a4>>. Acesso em: 07 set. 2015.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Porto Alegre Amplia Atendimento à população em situação de rua**. Porto Alegre, 2015. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_noticia=178630&PORTO+ALEGRE+AMPLIA+ATENDIMENTO+A+POPULACAO+EM+SITUACAO+DE+RUA. Acesso em: 12 nov. 2015.

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 30 (4). P. 805-314. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Valéria Cristina da. Relato de Experiência. **Consultório de Rua: Estamos aqui... E Aí?** In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de Saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, v. 30 n. 4. P. 30-24. 2014.

SMCS. Secretaria Municipal de Comunicação Social. **Consultório na Rua ganha mais uma ambulância para atendimentos de moradores de rua**. Curitiba 15 julho 2014. Disponível em: <<http://www.bandab.com.br/jornalismo/consultorio-na-rua-ganha-mais-uma-ambulancia-para-atendimento-de-moradores-de-rua/>> Acesso em: 10 ago. 2016.

SOUZA, Greice Kelli. et al. **Caracterização da população em situação de rua, cadastrada no consultório na rua do GHC/Porto Alegre**. In: Mostra Unisinos de Inovação Científica e Tecnológica, 2015, São Leopoldo. E-book edição 2015. Mostra Unisinos de Inovação Científica e Tecnológica. São Leopoldo: Unisinos, 2015. p. 296-297.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis** vol.19 no.3 Rio de Janeiro 2009.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. Hucitec, 1994.

VINADÉ, Thaiany Farias; CRUZ, Marcelo Santos; BARBEITO, Márcio Moreno. Redução de Danos: um campo ainda hoje polêmico na atenção ao uso de substâncias psicoativas. In: **Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária**. FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza (Org.). Atenção integral na rede de saúde: módulo 5. – 7 ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 108 p.

VIOLÊNCIA contra morador de rua cresce em todo país. Estado de Minas, 14 de março de 2012. Disponível em: <
http://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2012/03/14/interna_nacional,283317/>. Acesso em: 13 jun. 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo título é “**Consultório na Rua Pintando Saúde: uma proposta de educação permanente em saúde**”. Será realizada pela pesquisadora Elisete da Silva Gil, mestranda em enfermagem. Seus objetivos são: identificar possíveis fragilidades no atendimento às pessoas em situação de rua, definir junto com a equipe do Consultório na Rua estratégias para lidar/superar as possíveis fragilidades desse serviço e desenvolver proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS.

Ao concordar em participar do estudo, você fará parte do grupo focal proposto pela pesquisadora e sua fala será gravada. As transcrições das falas, bem como o arquivo de áudio, ficarão de posse apenas da pesquisadora e da coordenadora da pesquisa. Seu nome não será revelado e suas informações ficarão somente com as pessoas que trabalham nessa pesquisa. Sua participação é voluntária, e você pode desistir dela a qualquer momento sem ser prejudicado.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma com você e outra com a pesquisadora responsável. Se achar necessário, você poderá pedir esclarecimentos sobre o estudo antes, durante ou após sua realização. Você encontrará os pesquisadores pelo telefone (51) 35903708 e (51) 94025588 ou pelo *e-mail*: sandral@unisin.br e elisete.sgil@gmail.com.

Porto Alegre, 26 de abril de 2016.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS

Primeiro encontro (26/04/2016):

- ✚ Apresentar o moderador e o facilitador, bem como o papel de cada um.
- ✚ Reforçar o anonimato.
- ✚ Ler e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- ✚ Apresentar o projeto de pesquisa/contextualização.
- ✚ Explicar o propósito do grupo.

Questões norteadoras: Encontro 1 – qualificação da equipe

1. Como a eCR lida com os atendimentos aos usuários (enfrentamentos)?
 2. Quais são os nós críticos no contexto do atendimento ao usuário?
 3. Vocês consideram que existem fragilidades na equipe do CR? Quais?
 4. Que estratégias poderão contribuir para lidar com essas fragilidades?
 5. Vocês têm alguma sugestão de temas relacionados à qualificação da equipe que possam ser incluídos no Programa de Educação Permanente em Saúde?
 6. Em relação à qualificação da equipe, vocês gostariam que abordar mais algum assunto?
- ✚ Agendar o próximo encontro.

Segundo encontro (03/05/2016):

- ✚ *Feedback* do primeiro encontro.

Questões norteadoras: Encontro 2 – qualificação da articulação com a rede de saúde

7. Existem fragilidades na rede de saúde que é acessada pelos usuários do CR? Quais?
 8. Que estratégias seriam eficazes para lidar com essas fragilidades?
- ✚ Agendar o próximo encontro.

Terceiro encontro (24/05/2016):

- ✚ *Feedback* do primeiro e segundo encontro.

Questão norteadora: Encontro 3 – qualificação da articulação com a rede de saúde

9. Quais ações poderão ser consideradas como meta em 2017 para enfrentamento das fragilidades e desafio do CR, relacionadas ao atendimento à PSR, às questões institucionais e ao trabalho em rede?
- ✚ Agendar o próximo encontro.

Quarto encontro (25/08/2016):

- ✚ Apresentar e validar o Programa de Educação Permanente em Saúde para o Consultório na Rua Pintando Saúde – GHC/POA.
- ✚ Agendar os seminários de apresentação dos resultados da pesquisa.
- ✚ Fazer encerramento dos encontros.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS:
Consultório na Rua como estratégia para a promoção da atenção integral à saúde, no
município de Porto Alegre/RS

Pesquisador: Sandra Maria Cezar Leal

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18536713.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 334.863

Data da Relatoria: 10/07/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto em análise constitui-se em uma proposta de investigação vinculada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unisinos/Mestrado Profissional, que tem como alvo a população em situação de rua, usuária de crack/drogas, cadastrada no Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição. O estudo aborda aspectos sociodemográficos, motivação da situação de rua, problemas de saúde e encaminhamentos para a rede de serviços de saúde. O projeto está muito bem estruturado e fundamentado, tendo contemplado plenamente os aspectos éticos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa foram claramente enunciados e estão adequados à investigação proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos éticos são inerentes a uma investigação que se situa num campo onde parte expressiva dos participantes é constituída por uma população em situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto, a proposta indicou os cuidados éticos necessários para dar conta do resguardo dos sujeitos que participam da pesquisa. O estudo pode trazer efetiva contribuição para as políticas e

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 334.863

a rede de saúde, fornecendo não apenas geração de dados, mas formando agentes da prática em saúde para uma atuação participativa na reconfiguração dos modelos de atenção profissional no cuidado aos usuários de crack e outras drogas, em situação de rua.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigação apresenta grande relevância social e científica, revelando plena viabilidade e exequibilidade, a partir das condições expostas e da equipe de pesquisa significativa e qualificada que a compõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados. Apenas no que concerne ao TCLE elaborado para ser apresentado à população em situação de rua, não deve conter a indicação de que o participante, em caso de dúvida, pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Unisinos. As dúvidas que venham a surgir, por parte dos participante da pesquisa, devem ser resolvidas pelos pesquisadores envolvidos.

Recomendações:

Recomenda-se retirar do TCLE apresentado à população em situação de rua a indicação de que o participante, em caso de dúvida, pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Unisinos.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o parecer do relator.

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 334.863

SAO LEOPOLDO, 16 de Julho de 2013.

Assinador por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

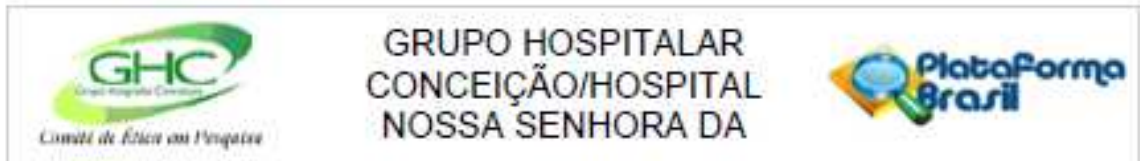
Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - GHC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS: Consultório na Rua como estratégia para a promoção da atenção integral à saúde, no município de Porto Alegre/RS

Pesquisador: Sandra Maria Cezar Leal

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18536713.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 554.166

Data da Relatoria: 12/03/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto em análise constitui-se em uma proposta de investigação vinculada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unisinos/Mestrado Profissional, que tem como alvo a população em situação de rua, usuária de crack/drogas, cadastrada no Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição. O estudo aborda aspectos sociodemográficos, motivação da situação de rua, problemas de saúde e encaminhamentos para a rede de serviços de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a população em situação de rua, usuária de crack/drogas, cadastrados no Consultório na Rua em estudo, quanto dados sociodemográficos, motivo da situação de rua, problemas de saúde, encaminhamentos para a rede de serviços da saúde.

Avaliar as condições saúde desses usuários quanto ao estado mental; uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Identificar o percurso terapêutico percorrido pela população em situação de rua usuária de crack/drogas, que estão em atendimento em um Consultório na Rua, criado em 2010, na Zona Norte do município de Porto Alegre no município de Porto Alegre.

Analisar as situações de violência e vulnerabilidade social da população em situação de rua, usuária de crack/drogas, atendida no serviço de saúde Consultório na Rua, no município de Porto Alegre.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 554.166

Alegre.

Conhecer e analisar as representações sociais de saúde e de violência na perspectiva da população em situação de rua.

Verificar a percepção dos usuários de crack/drogas em situação de rua, quanto ao atendimento e abordagem da equipe de saúde do Consultório na Rua. Conhecer e analisar as representações sociais da população em situação de rua usuários de crack/drogas, na perspectiva da equipe de saúde do Consultório na Rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta os cuidados éticos inerentes à participação da população na pesquisa. Espera-se proporcionar subsídios para a educação permanente dos profissionais da área da saúde para o reconhecimento das redes sociais para o tratamento requerido pelo do usuário de crack; além de ampliar o conhecimento sobre os sentidos, potencialidades e fragilidades a serem superados na organização da assistência de saúde aos usuários de crack/drogas em situação de rua.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa a ser desenvolvida em rede colaborativa, com aspectos relevantes para a saúde. O projeto apresenta-se bem estruturado, detalhado e fundamentado, explicitando todos os passos previstos a serem executados pela equipe de pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos, atendendo às orientações dadas.

Recomendações:

Aprovar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Todas as pendências apontadas na revisão anterior foram atendidas satisfatoriamente.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
 Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 554.166

PORTO ALEGRE, 12 de Março de 2014

Assinador por:
Daniela Montano Wilhelms
(Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 595 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br