

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua
no município de São Paulo**

VERA LUCIA MARTINEZ MANCHINI

**SÃO PAULO
2018**

O processo de trabalho no cuidado em saúde às
pessoas em situação de rua no município de São Paulo

Vera Lucia Martinez Manchini

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da
Coordenadoria de Recursos Humanos da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

São Paulo
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo

Vera Lucia Martinez Manchini

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Bianconcini Trindade

São Paulo
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Manchini, Vera Lucia Martinez

O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo / Vera Lucia Martinez Manchini. São Paulo, 2018.

110p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Maria Angela Bianconcini Trindade

1. Pessoas em Situação de Rua
2. Assistência Integral à Saúde
3. Vulnerabilidade Social.
4. Vulnerabilidade em Saúde.
5. Atenção básica I Título.

Dedicatória

Aos meus pais, que já não se encontram entre nós, mas ficariam emocionados com esta conquista.

Ao meu marido Fábio, todo meu amor e gratidão, sua compreensão e solidariedade foram essenciais para que eu pudesse finalizar este trabalho.

Aos meus filhos Caio Vinícius e André Guilherme que, sem dúvida, são a razão de tudo que eu faço.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Prof.^a Dr.^a. Maria Angela Bianconcini Trindade, por tudo que com ela aprendi e pelo apoio que recebi, em todos os momentos dessa caminhada.

A todos os professores do Instituto de Saúde, que me proporcionaram novos conhecimentos além da ciência, como a capacidade de olhar as situações sob diversos pontos de vista, ampliando o modo de compreender a vida.

Ao Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior, pelo aprendizado em torno do cuidado das pessoas em situação de rua, frente à situação de vulnerabilidade em que vivem, e que muito contribuiu para a implantação das equipes de rua.

À Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e, em especial, à Coordenadoria da Atenção Básica, que contribuíram para que eu pudesse ter essa vivência de Mestrado profissional.

Às Coordenadorias Regionais de Saúde, que colaboraram com a realização da pesquisa no território.

Aos integrantes da equipe da Atenção Básica, que atuam no cuidado de toda a população e que sempre me apoiaram durante este percurso.

A todas as Equipes de Consultório na Rua, em especial aos participantes da pesquisa, que se prontificaram a colaborar com sua experiência, sem medir esforços para que a entrevista ocorresse.

Aos colegas da terceira turma de mestrado do Instituto de Saúde, que me acolheram desde o primeiro dia, com igualdade, independente da minha idade superior à da grande maioria. (Aqui, faço um parêntese e um agradecimento especial a todos que organizaram o meu primeiro aniversário surpresa, um momento inesquecível para mim. Vocês estarão sempre no meu coração).

Aos funcionários do Instituto de Saúde, que sempre colaboraram com este trabalho de pesquisa em todas as necessidades do dia a dia.

MANCHINI, VLM. **O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo, SP** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.

RESUMO

Introdução: Com o aumento da população vivendo nas ruas, em especial, nas grandes cidades, políticas para integra-la com equidade aos sistemas de saúde vem sendo desenvolvidas em todo o mundo, visando contemplar suas necessidades de saúde. No município de São Paulo, as pessoas em situação de rua também vem aumentando a cada ano e para facilitar o acesso e suprir as necessidades de saúde de população tão vulnerável, desde 2012 esta sendo consolidado a estratégia de equipes de Consultórios na Rua. **Objetivo:** Analisar o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua, conhecendo as singularidades das ações entre elas e os desafios apontados pelo Programa. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo temático. Durante dois meses, foram entrevistados 28 profissionais das 14 equipes de CnaR atuantes na cidade de São Paulo. **Resultados e Discussão:** As equipes utilizam as mesmas ferramentas, atuam nas ruas, nas Unidades Básicas de Saúde e nas instituições sociais. Em algumas UBS, as equipes têm dificuldade em partilhar o processo de trabalho com profissionais dessas unidades. O território de ação influencia no planejamento do processo de trabalho, sendo relevantes questões como o número de pessoas em situação de rua, se elas estão circunscritas a um pequeno território, ou em estão em zonas mais amplas, distribuídas em grupos menores, e também a tênue divisão de território entre as equipes. O trabalho em grupo foi considerado um elemento diferencial, facilitando o acesso e o vínculo no cuidado às pessoas em situação de rua. **Conclusões:** Este estudo sugere que o processo de trabalho desenvolvido por equipes de CnaR é de grande importância, trazendo benefícios tanto para o seu público-alvo como para os profissionais das equipes, além de contar com boa aceitação da população. Esse processo pode ser aprimorado por meio da transferência de conhecimento entre as equipes, da educação permanente e do apoio à gestão em conformidade com os desafios apontados, em especial no que diz respeito às relações intersetoriais. **Potencial de Aplicabilidade:** A divulgação desta pesquisa poderá estimular a discussão do processo de trabalho em equipes e gestores do CnaR, propondo novas ações e renovando o cuidado em saúde às pessoas em situação de rua, que em alta vulnerabilidade social constituem problema crescente e complexo de saúde pública.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Moradores de Rua; Assistência Integral à Saúde; Vulnerabilidade Social; Vulnerabilidade em Saúde; Acesso; Atenção Primária à Saúde.

MANCHINI, VLM. The working process on health of caring for homeless people in São Paulo [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2018.

ABSTRACT

Introduction: With the increase of the population living on the streets, especially in the big cities, policies to integrate it equitably with health systems have been developed around the world, aiming to contemplate their health needs. In the city of São Paulo, street people are also increasing every year and to facilitate access and meet the health needs of such a vulnerable population, since 2012, the strategy of Street Offices teams has been. **Objectives:** to analyze the Street Offices teams working process, thus understanding the singularities of the different actions of the crews and the challenges indicated by the program. **Methods:** This is a qualitative research, through semi-structured interviews and thematic content analysis. During two months, twenty-eight professionals from the fourteen CnaR crews in the city of São Paulo were interviewed. **Results and Discussion:** The crews make use of the same tools, act in the streets, in the Basic Health Units and in social institutions. In some UBSs, the crews have difficulty sharing the working process with professionals of these units. The territory of action influences the planning of the working process and, in this sense, some issues are relevant, such as the number of people in a street situation, whether they are limited to a small territory, or they are in larger areas, distributed in smaller groups, as well as the tenuous division of territory between the crews. The groups were considered a differential element, facilitating the access and the bond in the homeless people's health care. **Conclusions:** This study suggests that the working process developed by CnaR crews is important and benefits both the target audience and the crew members, besides being well-accepted by the population. This process can be improved by transferring knowledge among crews, by continuing education and by supporting management, in accordance with the challenges identified especially in intersectional relations. **Potential for Applicability:** this research can stimulate the discussion of the working process in the CnaR crews and managers by proposing new actions and renewing health care in face of the complexities involving street people, their high vulnerability and social risk, an increasing public health problem.

Descriptors: Homeless Persons; Comprehensive Health Care, Social Vulnerability, Health Vulnerability; Access; Primary Health Care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O CUIDADO À SAÚDE PARA PESSOAS SEM-TETO (<i>HOMELESS</i>) OU EM SITUAÇÃO DE RUA EM OUTROS PAÍSES	15
1.2 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL	18
1.2.1 A População em Situação de Rua no Município de São Paulo	20
1.2.2 Características da População em Situação de Rua do Município de São Paulo	23
1.3 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL	23
1.4 AS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL	25
1.4.1 O Consultório de Rua (CdeR)	25
1.4.2 A Equipe de Estratégia de Saúde da Família Especial	26
1.4.3 O Consultório na Rua (CnaR)	26
1.5 AS EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM ALGUMAS CIDADES BRASILEIRAS	28
1.6 A TRAJETÓRIA DO CUIDADO EM SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	31
1.7 A EQUIPE DE SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO	34
1.8 JUSTIFICATIVA	36
2 OBJETIVOS	38
2.1 OBJETIVO GERAL	38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3 METODOLOGIA	39
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	39
3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1. A COLETA DE DADOS	43
4.2 O CUIDADO INTEGRAL E O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE CnaR	47
4.2.1 O território e o processo de trabalho das equipes de CnaR	47
4.2.2 O processo de trabalho da equipe de CnaR nas ruas	51
4.2.3 O processo de trabalho da equipe de CnaR nas UBS	57
4.2.4 O processo de trabalho da equipe de CnaR nos equipamentos sociais dos territórios	68
4.2.5 As equipes de CnaR e as relações intrassetoriais e intersetoriais	69

4.3	AÇÕES CONSIDERADAS BEM-SUCEDIDAS PELAS EQUIPES DE CNAR E AS SINGULARIDADES	73
4.4	OS DESAFIOS DAS EQUIPES DE CNAR	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
7	APÊNDICES	91

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS-R	-	Agente Comunitário de Saúde de Rua
AgS	-	Agente de Saúde
AS	-	Agente Social
CAB	-	Coordenadoria da Atenção Básica
CAPS AD	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CdeR	-	Consultório de Rua
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CnaR	-	Consultório na Rua
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	-	Centro de Referência da Assistência Social
CRS	-	Coordenadoria Regional de Saúde
CRSCO	-	Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste
DA	-	Distrito Administrativo
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
ESFE	-	Estratégia de Saúde da Família Especial
EUA	-	Estados Unidos da América
FESPSP	-	Fundação Escola de Sociologia de São Paulo
FIPE	-	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
GP	-	<i>General practitioner</i>
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHA	-	<i>Rede City Health Associates</i>
MDS-CF	-	Ministério da Saúde do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MI	-	Modalidade I
MII	-	Modalidade II
MIII	-	Modalidade III
NASF	-	Apoio à Saúde da Família
NHS	-	<i>National Health Service</i>
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OS	-	Organização Social
PACS	-	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEAD	-	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAB	-	Política Nacional da Atenção Básica

PS	- Pronto Socorro
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	- Supervisões da Assistência Social
SEAS	- Serviço Especializado em Abordagem Social
SIGA	- Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SMADS	- Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social
SMCS	- Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras
SME	- Secretaria Municipal de Educação
SMH	- Secretaria Municipal da Habitação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SMSH	- Secretaria Municipal de Segurança Urbana
SMT	- Secretaria Municipal do Trabalho
SMTE	- Secretaria Municipal do Trabalho e do Empreendedorismo
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Graduei-me em medicina pela Faculdade de Medicina de Santo Amaro (OSEC) em 1982, com especialização em Pediatria, Alergia e Imunopatologia e Acupuntura, tendo realizado pós-graduação em Saúde Pública.

Foram 35 anos de carreira no Sistema Único de Saúde, com mais de vinte anos dedicados ao atendimento e gerência de Unidade Básica de Saúde (UBS), além de dez anos atuando como assistente técnica da Coordenação da Atenção Básica do município de São Paulo.

Em 2008, colaborei com o processo de implantação das equipes de Estratégia de Saúde da Família Especial (ESFE), acompanhando a transformação dessas equipes para os Consultórios na Rua.

Nesse período, tive a oportunidade de coordenar a elaboração do Manual Norteador para as Equipes de Consultório na Rua da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), publicado em dezembro de 2016 como referência para o município de São Paulo.

Particpei como membro do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua (Comitê PopRua) pela SMS.

Desse modo, tendo participado da gestão dos Consultórios na Rua desde a sua concepção, proponho estudar alguns aspectos que envolvem o processo de trabalho no cuidado das pessoas em situação de rua, visando colaborar para o aprimoramento do programa.

1 INTRODUÇÃO

O município de São Paulo, assim como outras metrópoles do mundo, se depara hoje com uma crescente parcela de sua população habitando as ruas, os cortiços e os imóveis invadidos, vivendo em situação de risco e vulnerabilidade social e de saúde, em condições que favorecem o adoecimento físico e psíquico, com grande dificuldade de acesso às políticas públicas. Esta população, historicamente excluída, enfrenta obstáculos para acessar a rede básica de saúde devido a vários fatores, dentre eles a exclusão social, a discriminação dos serviços e a falta de conhecimento dos seus direitos (CARNEIRO JUNIOR e SILVEIRA, 2003).

Nos últimos anos, o tema das pessoas em situação de rua vem sendo tratado como um problema social mundial muito importante. Tal situação é avaliada como injusta e inaceitável (VERLINDE *et al.*, 2010).

Há mais de dez anos, quando a população mundial tinha em torno de 6,4 bilhões de habitantes, cerca de 1,6 bilhão de pessoas, ou seja, 25% da população, não tinha moradia adequada (COUNTRYMETERS, 2016a).

Nessa época, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2005) realizou uma pesquisa global para avaliar a quantidade de *homeless people* (sem-tetos) no mundo, e obteve um número estimado de 100 milhões de pessoas desabrigadas em todo o planeta (HOMELESSNESS..., 2011; UNRIC, 2016; HOMELESS WORD CUP, 2016).

As definições de *homeless*, sem-abrigo, sem-teto ou população em situação de rua, são heterogêneas e complexas, assim como o seu *modus vivendi*, e podem variar de país para país. Há diferentes modos de olhar para essa população; é possível focar-se na questão da exclusão social, do seu modo de viver a realidade das ruas, ou observar as pessoas sem moradia e suas diferentes realidades pelo mundo (TRINO *et al.*, 2015).

Os dados do censo da ONU são recolhidos com base no agregado familiar e, já que a maioria desses dados leva em conta o número de pessoas que vivem em abrigos e recebem ajuda do governo, os recenseadores se esforçam para estimar os “sem-abrigo escondidos” – aqueles que podem ser residentes em assentamentos precários, como favelas e outras estruturas não destinadas à habitação, assim como aqueles que se mudam frequentemente em busca de um local para viver (HOMELESS WORD CUP, 2016).

No contexto do crescimento econômico e da redução da pobreza absoluta, as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua aumentaram. Portanto, é urgente que o sistema de saúde implemente políticas públicas, fornecendo serviços baseados nas atuais necessidades de tais pessoas (O’CARROL e O’REILLY, 2008).

Faz-se necessário reavaliar a integração dessas políticas, já que as questões sociais que afetam a população em situação de rua trazem consequências que determinam processos saúde-doença-cuidado muito diferenciados, que devem ser tratados pela área da saúde, demandando novos arranjos tecnoassistenciais e políticas públicas. (CARNEIRO JÚNIOR *et al.*, 2010).

Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, podemos sugerir que houve uma evolução quanto à qualificação no acesso da população em geral, mas a desigualdade social permanece de forma emergente, sendo necessárias novas possibilidades e constantes desafios.

1.1 O CUIDADO À SAÚDE PARA PESSOAS SEM-TETO (*HOMELESS*) OU EM SITUAÇÃO DE RUA EM OUTROS PAÍSES

Na Inglaterra, segundo RILEY *et al.* (2003), o *National Health Service* (NHS) mantinha vários serviços de saúde em todos os bairros, com atendimento médico por generalista, o *General Practitioner* (GP). Para conseguir acesso ao GP, era necessário ter cadastro com a autoridade local e apresentar documentos pessoais informando o local de residência.

Ainda segundo esses autores, eram considerados *homeless*, desabrigados ou sem-teto aquelas pessoas que, devido a sua situação social e econômica, estavam sem moradia, sendo estas classificadas em duas categorias: cidadãos oficialmente registrados como sem-teto estatutários e os sem-teto não registrados e/ou não estatutários, que eram pessoas que viviam em albergues ou abrigos. Além disso, também se reconhecia a existência dos sem-teto que dormiam nas ruas e daqueles que se juntavam à população de rua temporariamente, até que encontrassem alojamento adequado.

Os sem-teto não registrados tinham dificuldade de acesso aos serviços primários de saúde com os GPs do território e utilizavam apenas os serviços de saúde emergenciais. Para muitos albergados e moradores de rua o único acesso aos serviços de saúde era realizado por meio da ocorrência de acidentes e/ou de alguma outra emergência (RILEY *et al.*, 2003).

Segundo o *Royal College of General Practitioners*, o acesso aos cuidados primários do grupo de pessoas sem-teto (CONNELLY e CROWN, 1994) iniciou-se por meio da visita do profissional de saúde nos serviços de assistência social, da introdução do GP dentro dos abrigos durante a noite. Do mesmo modo, trabalhou-se com os enfermeiros como referência de atenção primária, o que possibilitou a solicitação de exames, pequenos procedimentos e oferta de medicamentos para pessoas com problemas mentais, além de acompanhamento de casos de tuberculose. Os enfermeiros também atuavam nas ruas, fornecendo materiais educativos e de prevenção ao HIV e realizando encaminhamento para clínicas de especialidade dirigida para grupos de difícil acesso.

Em 2013, a população geral dos Estados Unidos da América (EUA) estava em torno de 314 milhões de habitantes. No decorrer desse ano, aproximadamente 3 milhões de pessoas estavam desabrigadas e, desse total, mais de 610 mil pessoas dormiam nas ruas todas as noites. Cerca de 36% eram famílias (COUNTRYMETERS, 2016b).

O sistema de saúde americano depende quase que inteiramente do setor privado (CRANE e WARNES, 2001). Na época citada, alguns grupos vulneráveis eram cobertos por programas de seguro social, como o Medicare, o Medicaid e o Programa de Seguro de Saúde da Criança do Estado. Apesar desses programas contribuírem para um cuidado de saúde mais acessível para grupos de alta vulnerabilidade, não eram capazes de fornecer acesso a todos os tipos de cuidados médicos, tampouco de abranger todos os grupos de pacientes vulneráveis (DOCTEUR *et al.*, 2003).

Segundo a *National Alliance to end Homelessness* (2012), nos últimos 30 anos, o aumento da pobreza e a crescente escassez de habitação a preços acessíveis foram os principais responsáveis pelo aumento do número de pessoas sem-teto.

O cuidado iniciava-se com visita de divulgação dos serviços e, provavelmente, esse era o primeiro contato com a pessoa sem-teto no lugar em que ela se encontrava, abrigo ou rua. Durante a visita inicial, o médico e os demais componentes da equipe clínica se concentravam em demonstrar interesse, empatia e respeito, proporcionando um ambiente acolhedor e sem julgamento, que não fosse ameaçador. O objetivo era resolver, logo na primeira visita, os problemas sintomáticos que poderiam ser tratados com orientação simples e teriam impacto significativo sobre a vida da pessoa. Isso ajudaria a estabelecer a confiança mútua e a encorajaria a voltar ao consultório do médico. Uma vez que confiança e relacionamento eram estabelecidos, a próxima visita poderia se focar na identificação de um caso de emergência, tratando os problemas mais desafiadores, como, por exemplo, o de pessoas que necessitavam de tratamento medicamentoso, já que envolviam distúrbios mentais e questões de convalescença (MANESS e KHAN, 2014).

Depois de completar a avaliação inicial, os médicos deveriam levar em conta as complexidades logísticas de desenvolvimento de um plano de tratamento adequado para esses pacientes. Dentre as ações propostas, estavam os encaminhamentos, agendamento de consultas de acompanhamento, monitoramento de exames laboratoriais e retorno do tratamento – atividades consideradas muito desafiadoras em razão da falta de comunicação confiável e das dificuldades de transporte. Um gestor do caso do paciente poderia ajudar nessa área, assim como o estabelecimento de metas, marcadores de curto prazo de sucesso e relatórios periódicos a partir da equipe clínica poderiam auxiliar no acompanhamento da doença (MANESS e KHAN, 2014).

A abordagem multidisciplinar integrada por equipe de profissionais de saúde era considerada o melhor modelo de cuidado, já que envolvia os desafios enfrentados por pessoas sem-teto, utilizando um modelo de referência médica centrado no paciente em associação com serviços de proximidade em locais de acesso aos cuidados secundários, terciários, convalescença e cuidados de repouso, além da presença de recursos da comunidade e agências locais de habitação, emprego e assistência jurídica (GOYER, 2011).

A Bélgica, um país que possui muitos recursos, contava com uma população de aproximadamente 10,5 milhões de habitantes em 2011 (COUNTRYMETERS, 2016c). Nessa época, seu sistema de saúde universal permitia acesso a qualquer GP ou especialista. No entanto, na região de Ghent, uma cidade de médio porte com 225 mil habitantes, o cuidado primário às pessoas era organizado de forma única. Havia um sistema de taxa de serviço que consistia em um copagamento de cerca de 30% dos cuidados de primários saúde, e de 40% dos cuidados especializados. No caso de grupos socioeconômicos mais baixos, tal copagamento era reduzido para 8%. A cada ano, o percentual de copagamento era estabelecido por um limiar, com base no rendimento estabelecido no projeto de lei máxima (WILLEMS, 2005).

As áreas carentes de Ghent eram, em grande parte, cobertas por Centros Comunitários de Saúde que prestavam cuidados primários abrangentes e interdisciplinares, utilizando um sistema de pagamento de captação. Adotava-se a abordagem universal, por meio da qual todas as pessoas que residiam no bairro poderiam acessar os serviços do centro de saúde (VERLINDE *et al.*, 2010).

Ainda segundo os autores, as pessoas sem-teto que frequentavam os albergues noturnos e que viviam em locais ocupados eram acompanhadas ativamente pelos Centros Comunitários de Saúde e por serviços de assistência social da comunidade local. Mais especificamente, existiam acordos formais entre os abrigos e os centros de saúde comunitários na cidade de Ghent. No caso de pessoas que estavam no abrigo e precisavam de cuidados médicos, o serviço mais próximo do Centro Comunitário de Saúde era acionado, e um médico se deslocava até o paciente. Em raras ocasiões, o paciente era consultado no próprio Centro Comunitário de Saúde e através de serviços de assistência social. Mais especificamente, existiam acordos formais entre os abrigos e os Centros Comunitários de Saúde em Ghent.

A maioria das pessoas sem-abrigo que vivia nas ruas era geralmente conhecida pelos trabalhadores sociais do bairro. Quando uma delas precisava de cuidados médicos, os assistentes sociais de referência a encaminhavam para um dos abrigos ou diretamente para atendimento médico.

Ao se fazer uma comparação com a população em geral, conclui-se que a probabilidade

de pessoas sem-teto serem consultadas por um GP em Ghent era muito maior, o que pode ser explicado pelo fato de que o sistema de cuidados primários de saúde para as pessoas sem-teto naquela cidade era tão organizado que contribuía para a redução de algumas das barreiras comuns em outros tipos de organização de cuidados de saúde primários, tais como as barreiras financeiras (estado seguro), e os problemas de registro, acessibilidade e estigmatização. (CRANE e WARNES, 2001; RILEY, 2003; WRIGHT e TOMPKINS, 2006; O'CARROL e O'REILLY, 2008; MARTINS, 2008).

Já no Canadá, em 2009, foi implantado o programa *Streets to Homes*, voltado ao atendimento dos sem-teto que viviam nas ruas. O programa dispunha de uma rede de serviços de saúde com recursos acessíveis tanto para os indivíduos sem-abrigo quanto para os alojados. Também integravam a equipe de atendimento um profissional de enfermagem e médicos prestadores de cuidados primários em centros de saúde comunitários. O programa incluía atendimento ambulatorial, gestão de casos para tratamento na comunidade e/ou intervenção precoce, serviços de apoio aos tribunais e equipes móveis de intervenção de crise em casos de saúde mental, entre outros (HWANG *et al.*, 2013).

Os médicos da *Rede City Health Associates* (ICHA) prestavam cuidados diretos e indiretos, aconselhavam os profissionais da linha de frente em planos de serviço e na gestão de casos, além de orientar sobre temas selecionados, com o objetivo de capacitar a comunidade (STERGIOPOULOS, 2014).

A fusão de cuidado desenvolvida no *Seaton House*, um dos maiores abrigos do Canadá para sem-teto, era um modelo de cuidado de colaboração integrada, com apoio médico no local e um processo de encaminhamento flexível. Nesse modelo, a equipe do abrigo e os médicos da ICHA trabalhavam como uma equipe única. Os motivos para a adoção de tal proposta foram as falhas de comunicação e a falta de coordenação na prestação de cuidados vivenciadas quando a gestão de casos ou a assistência médica dos pacientes foi intermediada por agências externas (STERGIOPOULOS *et al.*, 2007).

1.2 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

A definição brasileira mais abrangente para pessoas em situação de rua foi elaborada, após vários debates voltados à formulação de políticas públicas destinadas a essa população, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS-CF):

Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia

regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite ou temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a).

Esta outra definição foi composta pela FIPE para o censo de São Paulo, em 2003:

[...] segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade - praças, calçadas, marquises, jardins, debaixo de viaduto – em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaças de veículos. Também são pessoas em situação de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais (SÃO PAULO, 2003).

Segundo pesquisa nacional censitária por amostragem da população em situação de rua, promovida pelo MDS-CF (2008) em 71 municípios brasileiros – sendo, desse total, 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais, independentemente de seu porte populacional –, foram identificadas, nas cidades pesquisadas, 31.922 pessoas com 18 anos ou mais em situação de rua no período de 2007 a 2008. Os municípios de Belo Horizonte, São Paulo e Recife não foram incluídos nesse estudo, pois já tinham realizado seu próprio censo (BRASIL, 2008).

Em São Paulo capital, no ano de 2013, existiam 10.399 pessoas em situação de rua, segundo a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Já em Belo Horizonte, foram identificadas 1.164 pessoas na mesma situação em 2005, incluindo crianças e adolescentes. Desse total, 916 eram adultos, de acordo com o “Segundo Censo da População de Rua de Belo Horizonte”. Em 2005, em Recife, o “Censo e análise qualitativa da população em situação de rua na cidade do Recife” identificou 1.390 de pessoas nessa condição (BRASIL, 2008).

Os achados socioeconômicos desses estudos foram considerados de suma importância para o desenvolvimento de políticas públicas, assim como para definir estratégias que enfrentem as reais necessidades da população brasileira em situação de rua.

A pesquisa censitária nacional brasileira publicada em 2008 para população em situação de rua, concluiu que 82% da população em situação de rua era masculina e mais da metade (53%) possuía entre 25 e 44 anos. Além disso, 67% dessas pessoas se declararam negras e 52,6% delas recebiam entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. Observou-se, igualmente, que 70,9% dessa população exercia algum tipo de atividade remunerada, que 51,9% tinha algum parente na cidade em que se encontrava e que 19% não conseguia se alimentar ao menos uma vez por dia. Quanto aos principais motivos que teriam levado tais pessoas a essa situação, 29,1% delas declaram estar nas ruas por problemas de laços familiares rompidos, 35,5% por causa do uso de álcool e outras drogas e 29,8% pelo desemprego (BRASIL, 2008).

As principais características estudadas nos censos brasileiros e internacionais apontam que as pessoas em situação de rua são muito pobres, não dispõem de meios para moradia

adequada, propriedade privada nem possuem família e deixaram de propiciar as estratégias usuais de sobrevivência. Sua trajetória de vida registra uma sequência de fracassos pessoais e de desamparo institucional. Sem lar, reinventam diariamente as soluções para sua subsistência: alimentos, abrigo, dinheiro, bebida, remédios e segurança (SÃO PAULO, 2003).

No censo brasileiro de 2007, segundo dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população recenseada estimada era de 183.987.291 habitantes. Considerou-se como unidades domiciliares improvisadas os edifícios em construção, embarcações, veículos, tendas, barracas, grutas e outros locais que estavam servindo de moradia.

Em 2016, o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão divulgou uma estimativa de 101.854 pessoas em situação de rua. Essa estimativa foi publicada com o intuito de colaborar com a implementação e desenvolvimento de políticas públicas no país voltadas a essa população.

Estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Deste total, estima-se que dois quintos (40,1%) habitem municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) habitem municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. Estima-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitem 6.757 pessoas em situação de rua, (6,63% do total). Ou seja, a população em situação de rua se concentra fortemente em municípios maiores (NATALINO, 2016).

1.2.1 A População em Situação de Rua no Município de São Paulo

O primeiro censo de “moradores de rua” do município de São Paulo foi realizado em fevereiro de 2000 pela FIPE, em conjunto com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS). Na ocasião, foram recenseados 8.706 moradores de rua, sendo que 5.013 deles encontravam-se, naquele momento, em logradouros da cidade, enquanto 3.693 estavam em albergues (SÃO PAULO, 2000).

No ano de 2009, a pesquisa FIPE/SAS recenseou 6.587 pessoas vivendo nas ruas e 7.079 pessoas em centros de acolhida, totalizando 13.366 pessoas em situação de rua no município de São Paulo (SÃO PAULO, 2009).

Em 2011, o censo realizado pela Fundação Escola de Sociologia de São Paulo (FESPSP)/Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) apontou que a população de pessoas em situação de rua era de 14.178 indivíduos. Observou-se, ainda, que 6.765 pessoas viviam na rua enquanto 7.713, em centros de acolhida da Capital (SÃO PAULO, 2011a).

O último censo realizado no município de São Paulo pela FIPE/SAS, em 2015,

contabilizou 15.905 pessoas em situação de rua. Desse total, 8.570 (53,9%) encontravam-se nos serviços de atendimento a essa população e 7.335 (46,1%) foram recenseadas nas ruas e demais espaços públicos da cidade. Esses dois subgrupos foram nomeados, respectivamente, “acolhidos” e “rua” (SÃO PAULO, 2015).

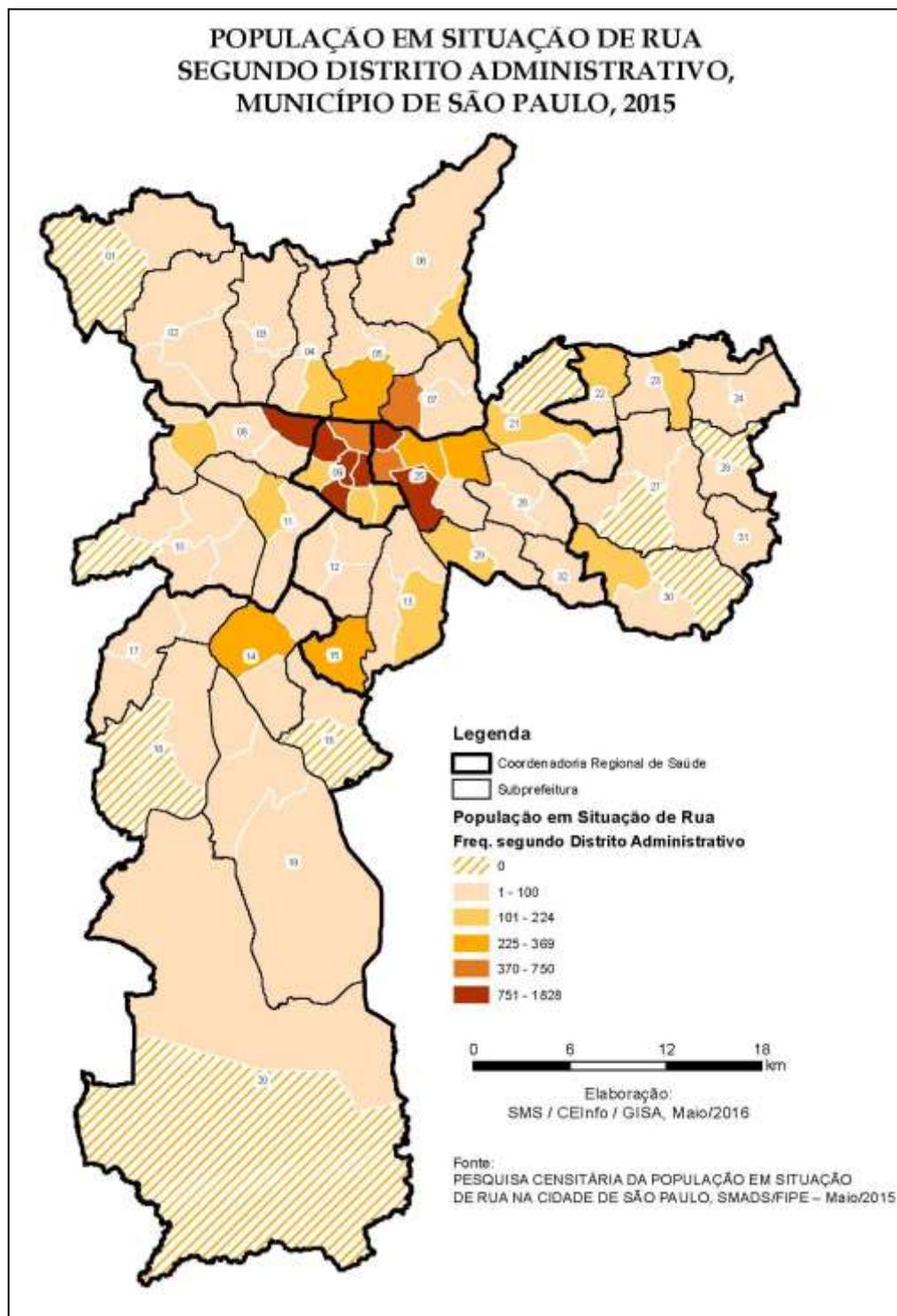
Ao comparar os dados desse censo com os de períodos anteriores – 2000, 2009 e 2011 – é possível constatar que a população em situação de rua vem aumentando continuamente na cidade de São Paulo. Entre 2000 e 2015, registrou-se um crescimento de 82,7%, tendo essa população passado de 8.706 para 15.905 pessoas, com aumento no número de acolhidos, conforme registrado nos três últimos censos (SÃO PAULO, 2015).

Quadro 1: Número de pessoas em situação de rua no município de São Paulo, acolhidas e nas ruas, nos anos de 2000, 2009, 2011 e 2015

Ano*	Rua	Acolhidos	Pessoas em
			Situação de Rua
2000	5.013	3.693	8.706
2009	6.587	7.079	13.666
2011	6.765	7.713	14.478
2015	7.335	8.570	15.905

Fonte: Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades dessa população na cidade de São Paulo em outubro de 2015 (SÃO PAULO, 2015)

Figura 1: Distribuição da população em situação de rua por Distrito Administrativo, no município de São Paulo, segundo censo FIPE de 2015



Fonte: Pesquisa Censitária da população em situação de rua da cidade de São Paulo, SMADS/FIPE-maio de 2015 disponibilizada pela CEINFO – área técnica de CnaR da Atenção Básica do município de São Paulo.

Há de se pensar, portanto, na inclusão da pessoa em situação de rua como um complexo conjunto de ideias e práticas que tenham como pressuposto básico a diminuição das desigualdades sociais. Esses segmentos da população cujas condições de vida estão muito aquém do mínimo necessário à manutenção de suas condições de saúde, encontram-se em

situações tais que as respostas dadas pelas políticas e consubstanciadas pelos serviços por meio de ações diretas muitas vezes não alcançam os efeitos planejados (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998).

A inclusão por meio das políticas sociais é essencial e acarreta as chamadas políticas de integração orientadas para a diminuição das desigualdades sociais (SÃO PAULO, 2003).

1.2.2 Características da População em Situação de Rua do Município de São Paulo

Segundo dados do Censo FIPE de 2015:

- Destaca-se o perfil de uma população com predominância de homens, não brancos, com idade média de 41 anos e de baixa escolaridade.
- Destaca-se a expressiva semelhança com os abrigados: os pretos e os pardos constituem 69% do total, e os brancos, 27%.
- Observa-se que 29% são naturais de São Paulo, enquanto a grande maioria (71%) é formada por não paulistanos que, em algum momento de sua trajetória, migraram para essa cidade. Geralmente vêm das regiões Nordeste e Sudeste.
- 90% sabem ler e escrever, 7% cursaram o nível superior, 27% cursaram até a quarta série e 38% cursaram o Ensino Fundamental.

Tal como entre os acolhidos, os dados sobre os moradores de rua revelaram a predominância do sexo masculino: 88% do número total, sendo apenas 12% do sexo feminino.

São vários os problemas de saúde declarados nos dois grupos analisados, o dos acolhidos e o dos de rua, em proporções não muito diferentes; porém, alguns aparecem em maior proporção entre os de rua, por exemplo: problemas de saúde bucal (27,5% em abrigados e 34,5% em moradores de rua), sequelas de acidentes (26% em abrigados e 26,7% em moradores de rua), HIV (3,3% em abrigados e 4,5% em moradores de rua) e tuberculose (3,9% em abrigados e 4,5% em moradores de rua). Os demais problemas, como depressão/doença dos nervos e dores crônicas atingem igualmente os dois grupos analisados. Os portadores de algum tipo de deficiência auditiva, visual ou motora severa foram encontrados em maior proporção entre os acolhidos que entre os moradores de rua (17,7% e 8,2%, respectivamente).

Um dado importante referente à prevenção ao HIV e às DST é o uso de preservativo nas relações sexuais. Entre os acolhidos, é maior a proporção dos que usam sempre (50%) do que entre os de rua (41%) (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, 2015).

1.3 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

No Brasil, a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua (DEC 7.053/2009, Casa Civil da Presidência da República, 23/12/2009) foi instituída como forma de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a esse segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos (BRASIL, 2009a).

A base dessa política estruturou-se em dois eixos principais, sendo o primeiro relativo à inter-relação federativa, isto é, que conjuga as ações municipais, estaduais e federais, que

deveriam trabalhar em complementaridade para atender às demandas da população. O segundo eixo diz respeito à interdisciplinaridade e intersectorialidade na atuação para a população em situação de rua. São imprescindíveis os trabalhos conjuntos das diversas pastas governamentais, além de instituições e de movimentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2009a).

A Portaria Nº 3.305 do Ministério da Saúde, de 24 de dezembro de 2009, institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Nesse grupo, o Ministério da Saúde participa de trabalho interministerial para a construção da Política Nacional de Inclusão Social para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b).

Os objetivos do Comitê de Inclusão Social para a População em Situação de Rua são:

- a) Propor ações que garantam o acesso dessas pessoas aos serviços de atenção à saúde do SUS.
- b) Apresentar subsídios técnicos e políticos voltados ao processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde.
- c) Elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde.
- d) Participar de iniciativas intersectoriais e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

O município de São Paulo, em 25 de março de 2013, por meio do Decreto Municipal Nº 53.795, torna-se o terceiro ente da Federação a instituir o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua (Comitê PopRua), integrado paritariamente por representantes, titulares e suplentes de órgãos públicos (nove) e da sociedade civil (nove). A secretaria que coordena o Comitê PopRua é a Secretaria Municipal de Direitos Humanos (SMDHC); as demais participantes são: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Secretaria Municipal da Habitação (SMH), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Educação (SME), Secretaria Municipal do Trabalho (SMT) e do Empreendedorismo (SMTE), Secretaria Municipal de Segurança Urbana (SMSh), Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras (SMCS) e Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras (SMCS). Os nove representantes da sociedade civil, titulares e respectivos suplentes, são definidos por meio de processo seletivo público para um mandato de dois anos (SÃO PAULO, 2013).

A implementação de política específica para a população em situação de rua foi instituída e divulgada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro

de 2012, e substituída pela Portaria de Consolidação GM Nº 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que, por meio da Política Nacional da Atenção Básica, definiu equipes direcionadas a populações específicas, dentre elas as equipes do Consultório na Rua (CnaR), cuja responsabilidade seria acompanhar a saúde da população em situação de rua. Essas equipes de CnaR têm como objetivo a ampliação do acesso à saúde e o atendimento integral às pessoas em situação de rua, inclusive aquelas que consomem álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011a).

1.4 AS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

1.4.1 O Consultório de Rua (CdeR)

O Consultório de Rua foi proposto no Brasil, pelo psiquiatra e professor Antônio Nery Filho, de Salvador, e teve como eixo principal a integralidade da atenção à saúde das pessoas de rua, viabilizando o acesso dessa população por meio de uma modalidade de atendimento extramuros, ou seja, em seus próprios contextos de vida (JORGE e CORRADI, 2012). Inicialmente, foi criado a partir de uma experiência denominada “banco de rua”, em função da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua (Ministério da Saúde, 2012a; NERY FILHO e VALÉRIO, 2010).

Em 2010, o MS propôs a metodologia da política CdeR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), através do fortalecimento e expansão da experiência de intervenção comunitária, como consultórios de rua, ações no território, atenção domiciliar, entre outras dinâmicas articuladas à atenção básica, visando a inclusão social (BRASIL, 2009c).

Em 2010, foi também incluído no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, por meio do Decreto do Executivo (DEC) Nº 7.179/2010 - Câmara dos Deputados, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010b).

Assim, os CdeR constituem uma modalidade de atendimento aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social. São dispositivos públicos clínico-comunitários que oferecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptando-se às especificidades dessa população complexa e promovendo a acessibilidade aos

serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para esses usuários em situação de exclusão social, o que possibilita um espaço concreto de exercício de direitos e cidadania. Reconhecendo a lacuna assistencial e a necessidade de ampliação do acesso a serviços de atenção ao uso de álcool e outras drogas para população em situação de grave vulnerabilidade social, essas equipes trabalham com profissionais redutores de danos e diretamente ligados à Coordenação Nacional de Saúde Mental (JORGE e CORRADI, 2012).

1.4.2 A Equipe de Estratégia de Saúde da Família Especial

Em 2008, em São Paulo, foi criada a equipe de Estratégia de Saúde da Família Especial (ESFE), com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais de acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, viabilizando os princípios da universalidade e da equidade na atenção à saúde. As equipes de ESFE, semelhantes às ESF, foram, então, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde de Rua (ACS-R), mas havia um diferencial na sua composição: a inclusão de outras categorias profissionais, como assistente social e psicólogo; um para cada quatro equipes. A metodologia de trabalho baseava-se na estratégia da abordagem e fortalecimento de vínculo. Essas equipes trabalhavam com o acolhimento intra e extramuros, buscando as pessoas em situação de rua do território e facilitando o seu acesso ao SUS. As equipes foram implantadas no território de maior densidade da população em situação de rua, conforme apontava o censo de São Paulo de 2003, ou seja, na região central e sudeste do município. Uma de suas prioridades era o olhar na integralidade do cuidado. Além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da área de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), principalmente, fazia matriciamento e atendimento compartilhado com agentes de promoção social, fortalecendo a rede de atenção da SMS com a SMADS (SÃO PAULO, 2011b).

1.4.3 O Consultório na Rua (CnaR)

Os CnaR integram o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população

em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Os CnaR são formados por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

O CnaR é resultado da junção de duas experiências anteriores, o CdeR, ligado à coordenação da área de saúde mental, e as ESFE, ligadas à atenção básica. Foi dessa junção que culminou a atual proposta da atenção básica no que se refere ao cuidado integral de saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2011a).

As premissas que norteiam as equipes de CnaR são baseadas no diagnóstico situacional, com análise do território vivo. A equipe se apresenta ao território e aos poucos vai ganhando confiança e vínculo com as pessoas que o habitam. Há um planejamento das ações de acordo com a necessidade de cada local. O início do processo de trabalho se dá com a construção da cartografia dos locais onde se encontram as pessoas em situação de rua. Os profissionais dividem-se no território e, a partir daí, são utilizadas as técnicas de acolhimento, com o objetivo de entender o outro e possibilitar a proximidade e a criação do vínculo. Realiza-se um trabalho itinerante no território, sempre referenciando a UBS como porta de entrada de acesso aos cuidados primários em saúde. A equipe oferta o serviço, realiza o cadastro a fim de fazer o acompanhamento da pessoa, observando suas necessidades em saúde, faz o encaminhamento ou, em alguns casos, opta pelo atendimento em locais extramuros referenciados. A equipe multidisciplinar realiza reuniões para discussão e encaminhamento dos casos de saúde e necessidades sociais, elege um acompanhante para cada pessoa e matricula os profissionais das UBS que, ao mesmo tempo, são matriciados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes de referência para os casos de internação e/ou pós-atendimento de emergência. Promove, além disso, relações intersetoriais, buscando suprir as necessidades e demandas pontuais, integra a linha de cuidado da rede psicossocial, com ações pactuadas com o CAPS e o CAPS AD, estudando cada caso com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Os profissionais procuram evidenciar aspectos da história familiar da pessoa em busca de um novo projeto de vida, preparando-a para o retorno familiar ou novos caminhos, no trabalho ou no estudo, sempre em conjunto com o envolvimento de outras secretarias, como a de Assistência Social, do Trabalho, da Educação, entre outras. Atua como elo entre UBS, NASF, CAPS, CAPS AD, hospitais de referência, abrigos e outros serviços, consensualizando ações em busca do bem-estar e resgate da cidadania da pessoa em situação de rua. A equipe

deverá participar da educação permanente oferecida pela gestão, baseada nas necessidades do território e nas questões técnicas das categorias profissionais e do processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Em 2012, foi publicada uma Nota Técnica Conjunta da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAPES/SAS/MS) e do Departamento de Atenção Básica (SAS/MS) com o intuito de esclarecer as dúvidas mais comuns de gestores e equipes acerca da publicação das Portarias N^{os} 122 e 123, de 25 de janeiro, que afirmavam: “a proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada Consultório na Rua, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

As Portarias GM N^{os} 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012, e a GM N^o 1.029, de 20 de maio de 2014, foram substituídas pela Portaria de Consolidação GM N^o 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Existem três modalidades de equipes de CnaR:

Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, dentre os quais dois deverão, obrigatoriamente, estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b", a seguir:

- a) Enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.
- b) 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.

Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, dentre os quais três deverão, obrigatoriamente, estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b", acima mencionadas.

Modalidade III: equipe da Modalidade II, acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2011b).

1.5 AS EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM ALGUMAS CIDADES BRASILEIRAS

Segundo TEIXEIRA *et al.* (2015), Manguinhos, no Rio de Janeiro, é uma região em que as pessoas em situação de rua fazem uso, de forma abusiva, de álcool, crack e outras drogas. A intervenção é sempre iniciada por meio do acolhimento e, em seguida, dedica-se ao estabelecimento do vínculo e do plano de cuidado para cada pessoa. O usuário que procura o atendimento preenche uma ficha e faz o cartão do SUS. As equipes atendem em dois turnos na cobertura das áreas mapeadas e, além disso, existe uma equipe técnica na UBS para o atendimento dos agendamentos, para realizar a efetividade do cuidado e as tarefas internas. As reuniões técnicas ocorrem uma vez por semana com toda a equipe, visando a discussão de casos, de processos de trabalho e a consumação de parcerias e do planejamento de ações. Também uma vez por semana, a equipe participa de processo de educação permanente (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

A equipe realiza a busca dos usuários no território, estabelece vínculo e cuidado, encaminha, quando necessário, e mantém contato durante o processo de encaminhamento. Compartilha o cuidado com outros profissionais, acompanhando sempre todas as necessidades e buscando enfatizar a autonomia e responsabilidade do usuário por sua própria vida (TEIXEIRA *et al.*, 2015).

Em Alagoas, segundo JORGE e MOREIRA (2015), as equipes de Maceió apresentaram outro histórico, pois começaram como CdeR, em 2009, e, depois, sofreram processo de transição para CnaR. As equipes foram capacitadas para promover a redução de danos e atuar junto às comunidades acolhedoras do Projeto “Fique na Boa”, que fazia parte, em 2010, do Projeto “Crack, é possível vencer”. Hoje, as equipes de CnaR são compostas de seis a oito profissionais com ensino médio ou superior e com perfis baseados na especificidade do trabalho. Todos os profissionais da equipe também são redutores de danos, como enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, artistas, cientistas sociais, motoristas e técnicos de enfermagem e desenvolvem atividades no período diurno e noturno.

Na gestão e no processo de trabalho existem conceitos e tecnologias leves fundamentais, como o acolhimento e a escuta qualificada, sempre pautada pela ética e responsabilização compartilhada. Para as situações de alta complexidade são considerados também outros conceitos importantes, como estigma, atenção integral, integração da rede, promoção da saúde e dos direitos humanos e redução de danos sociais e à saúde. A demanda inclui desde a entrega de insumos até o trabalho de parto normal de uma adolescente em situação de rua (JORGE e MOREIRA, 2015).

Em Pernambuco, na cidade de Recife, o modelo utilizado prioriza as pessoas com quadro de uso abusivo de álcool e outras drogas, por meio de ações de redução de danos ligados aos CAPS AD. O trabalho é realizado em rede, em conexão com outros serviços, como

assistência social, educação, cultura e outros dispositivos da comunidade. O CAPS AD busca articular o tratamento com a proposta de convivência junto à comunidade e os familiares do usuário, resgatando seu papel autorregulador, com o objetivo de promover a responsabilidade dessas pessoas em sua relação com as drogas. Nesse sentido, o propósito do CAPS AD é ir além do tratamento intramuros, lançando outra proposta de Consultório de Rua, norteada pelo princípio de redução de danos ao uso de álcool e outras drogas, em busca de atender as demandas desse público, especialmente daquele que se encontra em situação de rua. Esse projeto permitiu a aproximação a essas pessoas que nunca tiveram acesso aos serviços de saúde, preenchendo o hiato entre elas e os serviços do CAPS AD (FRANCISCO e ESPÍNDOLA, 2015).

Em 2012, existiam seis equipes de CdeR distribuídas nos seis distritos sanitários de Recife, compostas por profissionais contratados por concurso público, cujas categorias eram: assistentes sociais, psicólogos, agentes redutores de danos, arte-educadores, oficinairos e motoristas (FRANCISCO e ESPÍNDOLA, 2015).

As equipes saíam para todos os distritos, em territórios previamente mapeados como locais de consumo de substâncias psicoativas, em horário noturno, duas vezes por semana, abordando os usuários de álcool e outras drogas. Também realizavam visitas diurnas àqueles que foram contatados nas visitas noturnas anteriores caso precisassem de tratamento ou encaminhamentos para a UBS ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). Promoviam, igualmente, reuniões pós-campo, quando as ações realizadas eram quantificadas e qualificadas. Durante a abordagem, as equipes faziam os encaminhamentos para os CAPS AD de referência e acompanhavam o trabalho dentro do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (FRANCISCO e ESPÍNDOLA, 2015).

No Rio Grande do Sul, o CnaR de Porto Alegre foi importante no processo de transformação da ESF para as pessoas que não possuíam domicílio (MUNARETTI, 2015).

A equipe hoje é composta por médico, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, psicóloga, auxiliar de enfermagem, agente social e agentes comunitários de saúde.

Três vezes por semana a equipe se dirige para pontos fixos da cidade, que já são referências para os usuários. Uma vez por semana estes procuram lugares novos, através das informações que recebem de outros usuários ou da própria equipe e, na sexta-feira, realizam a revisão de prontuários, contatos com a rede de atenção para marcação de consulta e exames mais especializados e procedimentos. A equipe realiza reuniões, contato com a rede de cuidados, articulações intersetoriais, mapeamento em busca da população de risco e de pontos de vulnerabilidade,

administração, com supervisão, de anticoncepcional injetável nas mulheres, acompanhamento durante a gestação e no puerpério, busca ativa de paciente com diagnóstico de tuberculose, assim como encaminhamentos para viabilizar documentos (MUNARETTI, 2015).

1.6 A TRAJETÓRIA DO CUIDADO EM SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Em junho de 2003, na cidade de São Paulo, houve uma grande manifestação de moradores em situação de rua, com o objetivo de reivindicar melhorias no atendimento de saúde. Nesse mesmo ano, fruto da reflexão intersecretarial, surgiu um grupo de trabalho constituído pelos segmentos da SMS, Gabinete, Coordenadoria da Atenção Básica (CAB), ESF, Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste (CRSCO), Área Técnica da Saúde Mental, SMADS e Conselho de Monitoramento das Políticas de Direito das Pessoas em Situação de Rua. Esse grupo de trabalho elaborou o Primeiro Protocolo Intersecretarial de Políticas Públicas de Pessoas em Situação de Rua, que foi assinado em junho de 2004 pela SMADS, SMT, SMH e SMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Em novembro de 2004, a SMS estabeleceu parceria com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, por meio de convênio. A primeira fase do “Projeto Agente na Rua” propôs a contratação de onze agentes comunitários de saúde para trabalhar na rua (ACS-R), mas em conjunto com pessoas provenientes da população em situação de rua, que atuavam como mediadores entre a população específica e os serviços públicos (CARNEIRO JÚNIOR *et al.*, 2010).

A SMS, por meio de instrumentos de análise técnica dos índices epidemiológicos da região central e de um olhar diferenciado para a população de alta vulnerabilidade, implementou políticas públicas para enfrentar as dificuldades de acesso, vínculo aos serviços e efetividade no tratamento de doenças, transformando e investindo na ampliação de serviços públicos, o que garantiu o acesso dessa população.

Em 2005, com o aumento da população de rua, houve a necessidade de ampliar a área de abrangência dos ACS-R. Desse modo, implementou-se a segunda fase do “Projeto Agente na Rua”, com a expansão e a contratação de mais vinte e quatro agentes comunitários de saúde, totalizando trinta e cinco ACS-R e mais quatro enfermeiros. Configurou-se, assim, quatro equipes de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Essas equipes foram implantadas na região da Sé, Mooca, Lapa e Pinheiros, próximas às áreas de concentração de moradores em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Em 2008, houve a implementação de cinco serviços novos, dentre eles a UBS Sé, a UBS República, a AMA/UBS Boraceia e o CAPS Álcool e Drogas da Sé (BRASIL, 2012a).

Em maio de 2008, a SMS, por meio da Coordenação da Atenção Básica, transformou as quatro equipes de PACS em ESFE e ampliou para 14 o número de Equipes de Saúde da Família Especiais específicas para atendimento a pessoas em situação de rua. Dessas equipes, 10 foram distribuídas nos Distritos da Sé, República, Santa Cecília, Cambuci, Barra Funda e Itaim Bibi, na Coordenadoria Centro Oeste, e quatro, no Distrito Administrativo da Mooca, na Coordenadoria Sudeste. Com esse incremento, as equipes passaram a atender pessoas em situação de rua também albergadas. Nessa etapa de contratação, não era obrigatório que os ACSR tivessem um passado de moradia de rua (MANCHINI, 2015).

Em 2012, as 12 equipes ESFE e as equipes de PACS do Projeto “Centro Legal” iniciaram o processo de transição para equipes de CnaR, as quais tinham como diferencial um maior número de profissionais envolvidos. A transição terminou em 2014, com 12 equipes implementadas e acréscimo de mais quatro equipes, somando 16 equipes modalidade III e mais duas equipes modalidade II, totalizando 18 equipes de CnaR (MANCHINI, 2015).

Todas as equipes foram contratadas por meio de Termo de Convênio entre a SMS e os parceiros da Associação Saúde da Família, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – esta última por pouco tempo, pois as duas equipes dessa instituição foram transformadas em equipes de ESF do território em 2012 (MANCHINI, 2015).

Em dezembro de 2016, foi publicado o primeiro Documento Norteador dos Consultórios na Rua, com a finalidade de alinhar os processos de trabalho das equipes no território.

Figura 2: Distribuição da população em situação de rua no município de São Paulo e a cobertura das equipes de CnaR

dá pelo número de mil pessoas por equipe.

No entanto, cabe um questionamento quanto à extensão da área a ser percorrida e a qualidade do acompanhamento de uma equipe que atende um total de 1000 pessoas em situação de rua. Devido a tal indagação, estima-se que um número razoável para o acompanhamento de uma equipe seria de 600 a 700 pessoas e, se considerarmos a extensão da área a ser percorrida, esse número poderia ser ainda menor, em consequência do tempo utilizado para a locomoção. Diante desse esclarecimento, calcula-se que 15.905 pessoas em situação de rua deveriam ser acompanhadas por um número de 22 a 26 equipes de CnaR. Outro ponto a ser ressaltado é o fato de que os usuários de uso de crack e outras drogas se concentram em vários pontos da cidade (cenas de uso) e, muitas vezes, não entram no censo porque não são pessoas em situação de rua, embora também necessitem do acompanhamento das equipes, já que permanecem nas ruas por dias e depois retornam às famílias. Outra situação comum são pessoas de passagem no local das “cenas de uso” que segundo Bertoni *et al.* (2014) *são locais onde se concentram os usuários de crack e/ou similares para o consumo da droga, denominados na literatura antropológica e sociológica como “cenas”, e no caso, cenas de uso.*

Dessa forma, conclui-se, então, que o número de pessoas a serem acompanhadas é maior do que o suposto. Os espaços de uso de substâncias psicoativas são locais que o censo não consegue atingir em sua totalidade, justamente porque nem todo usuário é morador em situação de rua.

A extensão do território e a estimativa da população a ser atendida compõem o dimensionamento do cuidado no planejamento enquanto gestão.

1.7 A EQUIPE DE SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO

Cuidar pressupõe ter um olhar para o outro. A disposição para olhar o outro e a possibilidade de reconhecer no outro, e em seu sofrimento, algo de si mesmo. E esse processo não se distribui uniformemente entre os diversos trabalhadores de saúde de um mesmo serviço e, tampouco, se manifesta de um mesmo modo para um mesmo sujeito, a cada dia e diante de cada caso. Tal disposição depende, em grande medida, do processo de identificação que se estabelece entre o trabalhador e o sujeito de quem deve cuidar, a quem deve assistir. Trata-se de um processo de “mão dupla”, isto é, que se dá na e pela intersubjetividade (SÁ, 2009).

A escuta e o acolhimento são ferramentas essenciais para o cuidado, e se baseiam a partir da comunicação efetiva entre usuários e profissionais. Os profissionais não podem ser reduzidos a suas competências técnicas, e os usuários tampouco devem ser considerados apenas objetos de intervenção (SILVA *et al.*, 2002).

O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, onde a interação entre o profissional de saúde e o usuário é fator determinante da qualidade da resposta assistencial (CECCIM e FEUERWREKER, 2004).

O cuidado ocorre sempre que um profissional, uma equipe de saúde, um gestor ou um formulador de políticas públicas se pergunta como e quando assumem a responsabilidade sobre o projeto de felicidade de quem cuidam, preocupando-se com o quanto esses sujeitos são partícipes desses compromissos (AYRES, 2007). Ainda segundo o autor: “O importante no cuidado é a permeabilidade da racionalidade técnica da atenção aos aspectos não-técnicos que se estabelecem na relação da assistência”.

A reflexão sobre o processo de trabalho parte de princípios ou diretrizes constitucionais do SUS, ou seja, a universalidade e a igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a organização da rede regionalizada e hierarquizada e o modo como a gestão se apropria e incorpora esses princípios no processo de trabalho no território (MATTOS, 2007).

O conceito de processo de trabalho se aplica às transformações mediadas por gastos de energia de forma intencional. Todo processo de trabalho requer transformação do que se tem e do que se pretende, esperando sempre um resultado, e com gasto de energia. No trabalho em equipe, o resultado será produto de todas as energias utilizadas pelas pessoas envolvidas nos processos e a bagagem das experiências acumuladas (GONÇALVES e MENDES, 1992).

Para a estratégia de equipes de CnaR é imperativo que se reflita sobre o processo de trabalho que contemple o cuidado em saúde, e perguntar-se: como trabalhar nas ruas?; qual deve ser o direcionamento da equipe que vai para a rua?; e, a partir daí, como desvendar as necessidades psicossociais e a saúde de forma integral? Cabe também repensar como capacitar essa equipe que terá uma população específica e fora da realidade que anteriormente encontrada (CECCIM e FEUERWREKER, 2004).

Há necessidade de se promover uma reconstrução contínua de identidades no e pelo cuidado para com as práticas da saúde (AYRES, 2007).

A formação na área de saúde deveria se basear nas necessidades do território e estruturar-se a partir da problematização dos processos de trabalho e das necessidades de respostas. Ou melhor, no que se espera que essa equipe desenvolva em prol da sua comunidade e território vivo de ação. Em todos os espaços, deverão ser contemplados a integralidade do atendimento de saúde (diretriz constitucional) na perspectiva da política pública em saúde (CECCIM e FEUERWREKER, 2004).

Para alcançar a atenção integral à saúde com base nas necessidades sociais, a atenção básica cumpre seu papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS e deve buscar a atenção de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado

à saúde, estabelecendo uma articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. A atenção básica deve ocupar o papel de “cadeia de cuidado progressivo à saúde” (CECÍLIO, 2006).

Ao trabalharmos a temática da micropolítica do trabalho vivo trazemos à tona o pensar na gestão do cotidiano em saúde, dando espaço ao terreno da produção, a processos de mudança que permitam novos arranjos, configurando novos espaços de trabalho e criando uma nova gestão do cotidiano em saúde em prol da necessidade do usuário (MERHY, 1997).

O trabalho vivo na área de saúde constitui um espaço aberto de intervenção de sujeitos coletivos que se impõem devido à sua capacidade de se autogovernar, disputando o caminhar no dia a dia com normas e regras instituídas pelo controle organizacional (MERHY, 1999).

É necessário organizar processos de trabalho que deem visibilidade a esses grupos sociais e incorporem a atenção às suas demandas, articulando-as com outras práticas sociais. Os serviços de atenção primária em saúde são ideais que vão nessa direção (SÃO PAULO, 2003).

O Documento Norteador dos Consultórios na Rua se apresenta com a perspectiva de alinhar os processos de trabalho, dando as diretrizes para as equipes diante das necessidades do território (SÃO PAULO, 2016).

Para responder às complexidades populacionais que se encontram em situação de alta vulnerabilidade e risco social, as políticas governamentais devem caminhar cada vez mais integradas, fortalecendo, assim, a rede de suporte e a reinserção social (SÃO PAULO, 2003).

1.8 JUSTIFICATIVA

O trabalho das equipes direcionadas ao cuidado das pessoas em situação de rua no município de São Paulo é resultado de um longo e contínuo processo de aprendizagem, passando por muitos ajustes desde o seu início, há 12 anos.

Cada equipe, com sua experiência no território de atuação somada ao conhecimento mais generalizado das necessidades emergentes dessa população e à educação permanente em saúde proporcionadas pela SMS-SP, vem demonstrando conhecimento acumulado em diversas etapas das políticas implementadas. Vale destacar que somente em 2011 o Ministério da Saúde lança o Consultório na Rua e reafirma a educação permanente como ferramenta para a implementação desse programa.

Em todos os processos de implantação de equipes ou incorporação de novos profissionais foram sendo construídas novas formas de pensar o território, até chegar às equipes de CnaR.

A atuação dessas equipes no cuidado das pessoas em situação de rua sofre influência de

vários fatores ao precisar encontrar respostas às questões do dia a dia nos territórios, proporcionando, muitas vezes, novas experiências e novas formas de agir.

Nesse prisma, acreditamos na relevância de conhecer o processo de trabalho no cuidado em saúde das pessoas em situação de rua, bem como sistematizar as novas práticas e saberes para o desenvolvimento profissional, e fomentar a educação permanente para o SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho no cuidado à saúde das pessoas em situação de rua no município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de CnaR.
- b) Identificar as singularidades das diferentes equipes de CnaR.
- c) Identificar as dificuldades e os desafios para o trabalho das equipes de CnaR.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

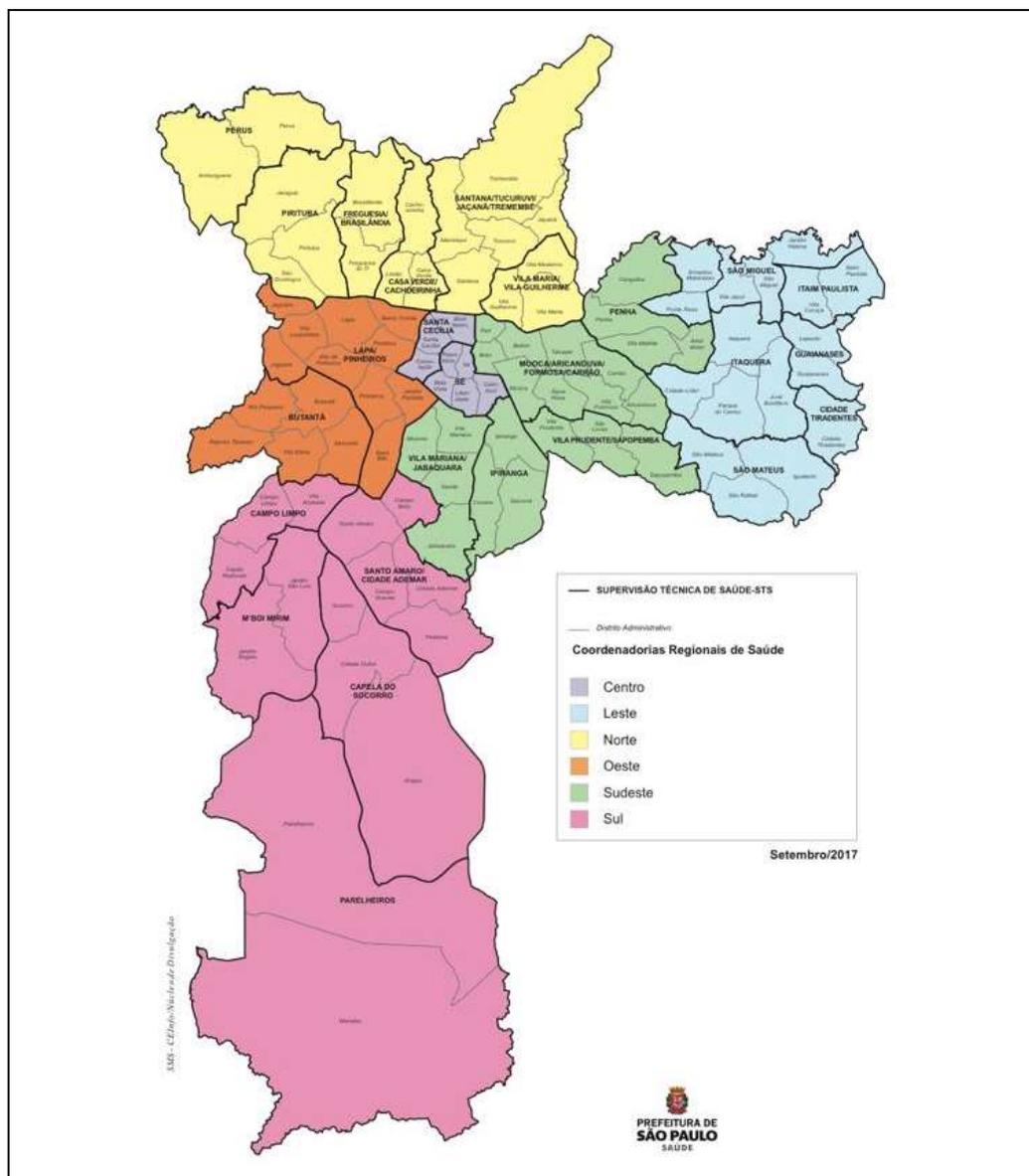
A pesquisa trata de estudo com uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, pelo método de análise de conteúdo temático, tendo sido realizado em três fases: 1. Pré-análise: pela leitura flutuante do material coletado; 2. Exploração: pelo reconhecimento de núcleos de sentido para classificar e agregar os dados em categorias teóricas ou empíricas e 3. Interpretação dos resultados: por sínteses e correlações dos dados coletados (MINAYO 2004; BARDIN, 2010)

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

As entrevistas foram programadas para serem realizadas nas respectivas UBS base de todas as equipes de CnaR existentes no município de São Paulo, agrupadas em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

As equipes estão distribuídas da seguinte forma, conforme a Figura 3:

Figura 3: Mapa - Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde - Município de São Paulo



Fonte: Site da Prefeitura: Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde – set 2017
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf

A CRS Centro contava com 11 equipes de CnaR, significando cobertura total da região tendo as seguintes UBS base: Sé (2 equipes), República (2 equipes), Santa Cecília – Dr. Humberto Pascale (5 equipes), Nossa Sra. do Brasil e Centro de Saúde Escola Barra Funda. É a região de maior concentração de pessoas em situação de rua, com cerca de 6500 pessoas (FIPE, 2015), principalmente na região da Sé, onde existe um local conhecido como “cracolândia”, território da Luz. Esta região tem um grande atrativo porque concentra um grande número de estabelecimentos comerciais, restaurantes, e passagem de muitas pessoas pelas ruas, praticamente durante o dia todo, facilitando a obtenção de doações e alimentos, e uma forma de trabalho como bicos.

A CRS Norte contava com uma única equipe, tendo como base a UBS Joaquim Antônio Eirado (JAE). O território de abrangência é grande, além do Distrito Administrativo (DA) Santana/ Tucuruvi, a equipe dá cobertura ao território do DA de Vila Guilherme /Vila Maria. Havia 2.096 pessoas em situação de rua (FIPE, 2015) na região; é o terceiro território em termos de concentração de pessoas em situação de rua do município. O grande número de pessoas em situação de rua é devida ao fato da região de Santana possuir muitos comércios, praças e saídas de metrô, sendo atrativo para a obtenção de alimentos e doações em dinheiro. Além das pessoas em situação de rua, no território existe, também, uma grande casa de acolhida com cerca de mais de 1000 pessoas abrigadas.

A CRS Sudeste contava com quatro equipes, uma em cada UBS base: Pari, Belenzinho Marcus Wolosker, Brás ou Dr. Manuel Saldiva Neto e Mooca, localizadas em bairros muito próximos. Esta região tem como característica peculiar a existência de muitos equipamentos sociais sob gestão da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), com grande número pessoas abrigadas nas diferentes instituições. Esta região é a segunda do município em concentração de pessoas em situação de rua, com 5.043 pessoas (FIPE, 2015), cujo número de equipes não é suficiente para dar cobertura a todo o território.

A CRS Oeste contava com duas equipes, tendo como base a UBS Parque da Lapa (DA Lapa/Pinheiros) e a UBS Dr. José de Barros Magaldi (DA Butantã), localizadas distantes uma da outra. O território do Parque da Lapa possui 913 pessoas em situação de rua (FIPE, 2015), dispersas em um território bastante extenso. Por sua extensão territorial, conta, também, com até 9 UBS de referência, para os encaminhamentos necessários.

Estes territórios onde as pessoas em situação de rua se concentram tem sempre uma característica e, ou um atrativo. Geralmente são locais com muitos comércios, restaurantes, estação de trem ou metro facilitando a obtenção de alimentos e doações de roupas pelos munícipes. Outros locais existe a opção de dormir e se alimentar nos centros de acolhida.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para conhecer o trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua no Município de São Paulo, tivemos como proposta entrevistar as 16 equipes de CnaR cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Modalidade III, que inclui o profissional médico na equipe.

Para realização das entrevistas, a opção foi entrevistar dois profissionais por equipe, tendo um deles formação superior e o outro ensino médio, procurando dar representatividade para as

diversas categorias profissionais, ao incluir diferentes graus de instrução. O critério para a escolha dos entrevistados era que possuíssem experiência profissional de trabalho em equipes de CnaR há pelo menos um ano e que estas fossem de Modalidade III, sendo que as próprias equipes indicaram os seus representantes.

Para o planejamento das entrevistas, a pesquisadora responsável solicitou, após acordo com os interlocutores, a disposição de uma hora de trabalho dos dois profissionais indicados.

Foi utilizado nas entrevistas o recurso de um roteiro com três questões abertas (apêndice C): 1. Fale sobre o processo de trabalho da sua equipe durante o mês. 2. Relate ações realizadas pela equipe consideradas bem-sucedidas e que indicariam para serem multiplicadas em outras equipes. 3. Conte um pouco como são encaminhados os grandes desafios que a equipe enfrenta(ou) no processo de trabalho.

3.4 CONSIDERACOES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o título “O processo de trabalho no cuidado à saúde as pessoas em situação de rua do município de São Paulo” (apêndice A).

Após a aprovação do CEP e antes de iniciar a coleta de dados, foi solicitada e aprovada a anuência da Coordenação da Atenção Básica (CAB). Em seguida, contatamos todas as CRS por meio de correio eletrônico, contendo o Projeto e a autorização da CAB, além de uma data prevista para o encontro de todas as 16 equipes. As CRS Oeste e Sudeste, antes de autorizar a realização da pesquisa, solicitaram algumas informações complementares, como o local e o responsável pela entrevista.

As três perguntas foram apresentadas aos entrevistados, antes do início da entrevista. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice B), também foi solicitada a autorização para gravação das falas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise das falas, foram realizadas transcrições das entrevistas gravadas, leitura exaustiva, organização das narrativas por conteúdo temático para a compreensão e interpretação à luz dos objetivos da pesquisa. Os temas foram agrupados e organizados em três eixos de análise: o processo de trabalho, as ações bem-sucedidas e os desafios. Cada eixo analisado foi seguido de falas mais representativas do tópico em questão e de discussão articulada com a literatura.

4.1. A COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida com apenas 14 das 16 equipes de CnaR cadastradas como Modalidade III, tendo sido duas dessas equipes excluídas por alterações no quadro de profissionais por conta da mudança de território. No momento em que as entrevistas foram realizadas, houve uma troca de gestão, com introdução de novo programa no território; assim, foi necessário agilizar a realização das entrevistas.

Os profissionais indicados que aceitaram participar da pesquisa foram escolhidos durante uma reunião de equipe, com aval dos participantes para representá-los na entrevista.

Nas datas programadas, doze entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora responsável nas UBS bases das equipes e duas em uma sala dentro da Secretaria de Municipal de Saúde, já que algumas UBS não dispunham de local reservado para entrevistas.

Treze entrevistas ocorreram no mês de maio de 2017, e uma, no mês de julho de 2017. Foram realizadas em salas reservadas, com os dois entrevistados de cada equipe ao mesmo tempo. Os dois relataram a sua experiência e praticamente não houve a necessidade de o pesquisador responsável solicitar a opinião de um deles. Todos se programaram e participaram com prazer, demonstrando envolvimento com o trabalho, e tudo ocorreu em ambiente harmonioso, tendo alguns dos participantes se emocionado em alguns momentos.

A média de duração das entrevistas foi de cerca de 45 minutos, totalizando em torno de oito horas de falas, que foram gravadas e integralmente transcritas por um profissional experiente e revisadas pelo pesquisador responsável.

Essa modalidade de entrevista permitiu delinear a experiência dos profissionais entrevistados, além de descrever o modo de funcionamento das equipes de CnaR. Os entrevistados, em sua maioria, já haviam participado de alguma atividade do CnaR com o

entrevistador, o que pode ter facilitado o desenvolvimento da entrevista.

No início da entrevista, realizou-se um sorteio que indicou o número da equipe, para garantir a confidencialidade. Foi apresentado um envelope opaco contendo uma série de 1 a 16 números para a definição do número da equipe entrevistada, constituindo-se 14 números identificadores das equipes (os números 2 e 6 não foram sorteados). No momento da pesquisa, as equipes de CnaR eram compostas por 197 profissionais, conforme relacionado na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização das equipes de Consultório na Rua (CnaR) do município de São Paulo, segundo a formação profissional

Formação escolar	Número de profissionais segundo as equipes de CnaR														Total
	1	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Superior															
Médico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Enfermeiro	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	21
Assistente social	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	13
Psicólogo		1			1	1		1	1	1	1	1	1		9
Dentista					1										1
Ensino médio															
Agente de saúde	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	4	81
Agente social	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	29
Técnicos de enfermagem	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	16
Técnico de saúde bucal					1										1
Auxiliar administrativo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Total de profissionais	14	14	14	14	14	14	14	14	17	14	14	14	14	12	197

* os números 2 e 6 não foram sorteados

Fonte: dados disponibilizados pela área técnica do CnaR da Atenção Básica/SMS-SP em 30 de julho de 2017, data da última entrevista.

As equipes eram compostas, em sua maioria, por 14 profissionais e contavam com médico, enfermeiro, agente de saúde, agente social, técnico de enfermagem e auxiliar administrativo.

Analisando os dados da Tabela 1, também, podemos observar que, no momento da pesquisa, as equipes de CnaR estudadas apresentavam uma composição profissional bastante semelhante entre si, mas com algumas especificidades, sendo que, oito equipes contavam com dois enfermeiros, cinco não possuíam o psicólogo e uma não dispunha de assistente social e apenas uma incluía um dentista.

O horário contratual das equipes entrevistadas era das 8h às 17h e apenas as equipes com duas enfermeiras tinham a possibilidade de ampliar o horário de atendimento até às 19h.

Todas as equipes têm à disposição um carro com motorista, que atua levando os seus membros até um território mais distante e também transportando o usuário até à UBS, para consultas com especialistas, exames e Pronto Socorro.

Os profissionais entrevistados foram indicados por cada equipe e estão identificados na Tabela 2.

Tabela 2: Formação profissional dos entrevistados das Equipes de Consultório na Rua (CnaR)

Formação Escolar	Número da equipe															
Superior	1	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	total	
Médico							X			X					2	
Enfermeiro	X	X	X	X	X				X		X	X	X	X	10	
Assistente social						X		X							2	
Ensino médio																
Agente de saúde (AgS)										X				X	2	
Agente social (AS)	X		X	X	X	X	X				X	X			8	
Técnico de Enfermagem		X						X	X				X		4	

* os números 2 e 6 não foram sorteados

A distribuição dos participantes por categoria profissional está apresentada na Tabela 2, o que nos permite verificar que, do total de entrevistados, dois eram médicos, dez enfermeiros, dois assistentes sociais, dois agentes de saúde, oito agentes sociais e quatro eram auxiliares de enfermagem.

Quando se perguntou às equipes sobre o motivo de possuírem em seu quadro duas enfermeiras, foi relatado que, com essas duas profissionais, o cuidado do usuário ficaria estendido até às 19 horas, além de ser possível maior oferta de serviços relativos às competências técnicas e legais de sua profissão.

Quanto aos profissionais com ensino médio, dos dez entrevistados, dois eram Agentes de Saúde (AgS) e oito Agentes sociais (AS). Quatro revelaram que, no passado, estiveram em situação de rua, enquanto os outros seis possuíam vínculo familiar e residência fixa.

A pessoa que esteve nessa situação tem mais facilidade para lidar com isso, em todos os aspectos, como da comunicação. A expertise faz diferença. (Eq. 14)

O AgS é o elo, né, da unidade da equipe de saúde com o paciente. O AS é a parceria, né? (Eq. 3)

A região central da cidade estava praticamente descoberta de psicólogo, profissional de saúde mental importante para o acompanhamento das pessoas com transtorno mental e uso

abusivo de álcool e outras drogas, além de outras necessidades relativas a essa categoria profissional. Esse fato pode comprometer o processo de trabalho no cuidado relacionado à saúde mental.

Outro fato a ser considerado é que, geralmente, os enfermeiros fazem parte da escala de serviços das UBS e, se houvesse dois enfermeiros na mesma equipe, existia a possibilidade de um deles participarem mais frequentemente da escala serviços da UBS, enquanto o outro ficaria mais comprometido com a equipe de CnaR.

A escolha dos 10 enfermeiros para a entrevista, sugere a visão desse profissional na organização e planejamento das ações. A indicação realizada pela equipe pode ter ocorrido tanto porque havia maior disponibilidade desse profissional, quanto em razão do seu conhecimento das funções de todos os profissionais da equipe. Esse particular pode ter indicado um viés nesse estudo, como por exemplo, a ausência de profissionais de saúde mental e evidenciar o papel do articulador do enfermeiro nas ações da equipe.

Conforme a Portaria de Consolidação GM N° 2, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) o AgS não faz parte da equipe mínima, portanto não é obrigatório perante o ministério ter agente de saúde na equipes de CnaR.

Um dos diferenciais das equipes de CnaR do município de São Paulo era a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), nas equipes são denominados Agente de Saúde (AgS), em todas elas. Além disso, a contratação de alguns profissionais com histórico de rua ajudava-os a sair dessa situação, pois apresentava uma oportunidade para essas pessoas se reinserirem na vida social, com emprego, moradia e, às vezes, até com possibilidade de voltar a estudar.

Importante citar que existem particularidades entre as equipes. Uma das parceiras conveniadas dava preferência para a contratação de AgS que no passado estiveram em situação de rua. Para que fosse possível a contratação, esse AgS já deveria estar em situação mais organizada, morando em casa de acolhida e tentando refazer sua vida.

Em alguns países e em outras cidades brasileiras existe a experiência do atendimento noturno. Segundo CONNELLY e CROWN, na Inglaterra, o médico generalista, o *General Practitioner* (GP) prestava serviços nos abrigos ou casas de acolhida em horário noturno, enquanto no Rio de Janeiro e em Pernambuco, as equipes trabalham também em período noturno.

As equipes entrevistadas de CnaR do município de São Paulo tem horários restritos das 8h às 17h, com exceção das equipes que possuem dois enfermeiros, que o atendimento por este profissional na UBS ocorre até às 19h. O período noturno traz a oportunidade de encontrar as pessoas no local em que utilizam como dormitório e, também acesso aos centros de acolhida,

portanto de prestar atendimento a um número maior de usuários. Dessa forma, a exemplo das outras experiências, o período noturno poderia ser implantado nas equipes CnaR de São Paulo.

4.2 O CUIDADO INTEGRAL E O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE CNAR

Trabalhar com o cuidado integral é a melhor forma de dar conta das necessidades em saúde, entendidas e decodificadas por uma equipe multiprofissional, e de atender aos preceitos da clínica ampliada, com o suporte de toda rede de atenção à saúde, em resposta ao problema apontado e ou percebido por escuta qualificada, com responsabilidade e compromisso com o usuário (CECÍLIO, 2006).

Assim, como se baseou no processo laboral sob o ponto de vista dos profissionais dos CnaR, os quais realizam trabalho centrado no cuidado às pessoas em situação de rua, as entrevistas focaram-se nesse aspecto.

As pessoas que estão nas ruas são praticamente invisíveis para a sociedade e estão à margem dos serviços públicos ofertados, tanto por seu desconhecimento, quanto por estigma que essas pessoas sofrem. As equipes de CnaR, ao buscarem as pessoas em situação de rua, contribuem para dar maior visibilidade às vulnerabilidades sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Quando a gente vai lá pra fazer atendimento, fazer grupos educativos, a gente percebe que muitos vêm de outros estados pra cá em busca de trabalho. Então, ele não conseguiu trabalho, ainda acabou o dinheiro, ainda acabou indo pra rua, aí tem fragilidades e acaba entrando no mundo do álcool, das drogas, da prostituição. (Eq.11)

Essa fala é um exemplo de história de vida de pessoas em situação de rua atendidas e acompanhadas pelas equipes dos CnaR, podendo auxiliar na reinserção social dessa população (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998).

O processo de trabalho das equipes de CnaR consistia na execução de múltiplas ações; algumas dependiam da própria equipe e outras dependiam de outras equipes ou outros setores; outras ainda dependiam de outras esferas de poder. O resultado era um movimento de suprir as necessidades do usuário. A pesquisa procurou focar as ações das equipes de CnaR em sua multidisciplinariedade. Tal processo de trabalho apoia-se em uma somatória das ações de cada técnico, funcionando harmoniosamente e promovendo o cuidado do usuário no território (AYRES, 2007).

4.2.1 O território e o processo de trabalho das equipes de CnaR

O território de ação das equipes de CnaR é o espaço ocupado pelas pessoas em situação de rua, um local mapeado e cartografado, tendo como referência uma UBS, e que a equipe percorre durante o seu trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

É importante destacar os diversos territórios de atuação das equipes e suas peculiaridades, pois isso pode influenciar no apoio e direcionamento dos serviços ofertados.

- As equipes de CnaR da Região Central:

Esta é a região mais antiga a oferecer o serviço de atendimento para pessoas em situação de rua e já tem tradição na atenção ao cuidado desse usuário. Segundo as falas dos entrevistados das equipes da CRS Centro, este território está dividido entre as equipes de CnaR, no entanto, sendo, muitas vezes, difícil reconhecer qual equipe é responsável por um determinado usuário, uma vez que este transita o tempo todo de um local para o outro, pois a delimitação do território é muito tênue. Se a pessoa atravessa a rua, já faz parte de outra equipe. Esse foi um problema apontado por duas equipes que estavam inclusive como referência na mesma UBS.

As sete equipes entrevistadas conheciam bem o território vivo e citaram detalhes de onde as pessoas ficavam e como utilizavam esses espaços. As referências dos equipamentos sociais, as igrejas, os restaurantes sociais, os bares, os hospitais, o Pronto Socorro (PS), e as praças, espaços estes utilizados pelas equipes para realizar atendimentos, encaminhamentos e acordos com pessoas como, por exemplo, o jornaleiro que entregava a medicação nos finais de semana para a pessoa que dormia ao lado de sua banca.

Então, eles (AgS) vão pro território, eles conhecem o território, conhecem as pessoas que estão no território e eles trazem a demanda para os técnicos. (Eq. 8)

O território da pessoa em situação de rua é um território difuso, então [é preciso] entender a lógica desse território, não só como uma noção territorial, mas espacial e também social (Eq 12).

Como o território da Região Central não tem uma extensão muito grande se comparado a outras CRS e o número de UBS é reduzido, há uma confluência de territórios em determinados momentos. Isso também acarretava a necessidade de dispor de espaço físico para atendimento de duas equipes de CnaR ao mesmo tempo e de absorver a quantidade de profissionais dessas equipes para reuniões na mesma UBS.

- A Equipe de CnaR da Região Norte:

A base de apoio é uma UBS Tradicional da gestão direta, portanto não tem contratação de Organização Social para gestão da UBS e não possui equipes de ESF.

Existem duas grandes ocupações no território que estão sob a responsabilidade da equipe de CnaR. Também há um grande equipamento social com mais de mil pessoas, assim como um local de concentração de pessoas que realizam uso abusivo de substâncias psicoativas.

A equipe demonstrou conhecer bem o território vivo e relatou boa relação com a rede de apoio local.

A cobertura (do território) vai com o agente de saúde, agente social e sempre um técnico, e vai mudando todos os dias essa escala, para que todos os técnicos possam passar por todos os territórios e identificar e tentar ajudar o agente de saúde nas necessidades de cada microárea, onde uma não é igual à outra. (Eq. 4)

Importante salientar a cobertura da equipe de CnaR nas ocupações desse território, e segundo o Documento Norteador, as equipes precisam trabalhar nos locais de permanência da população em situação de rua, portanto, as pessoas das ocupações são consideradas pessoas de certo modo abrigadas, mas, ainda assim, em posição de alta vulnerabilidade. Embora a UBS seja tradicional e sem ESF, a equipe tem uma sobrecarga de trabalho que não é de sua competência, deixando de atender o que deveria ser sua prioridade. Quando a área é muito extensa, a prioridade é atender quem está literalmente nas ruas (SÃO PAULO, 2016).

- As equipes de CnaR da Região Sudeste:

Na CRS Sudeste, foram entrevistadas as quatro equipes que estavam nas regiões da Mooca, Pari, Belenzinho e Brás, bairros muito próximos, e as equipes estão localizadas lado a lado.

Este território conta com muitos equipamentos sociais revelados pelas quatro equipes nas entrevistas, ocasionam alguns problemas como, o usuário poder ficar poucas noites em um equipamento e depois migrar para outro local, já que os bairros são muito próximos. Foi referido pelas equipes que algumas pessoas dormem em um território e, durante o dia, percorrem outro bairro; dessa forma, têm acesso às diversas equipes de CnaR, realizam duplo cadastro e podem ser atendidas por várias equipes, inclusive no mesmo dia. Por exemplo, uma pessoa pode dormir num equipamento da Mooca, mas durante o dia ser atendida na região do Brás. As equipes de CnaR sempre transferem as pessoas cadastradas para a equipe do último acesso, ou atendem duplamente. Às vezes outro nome é fornecido pelo usuário durante o cadastro.

A gente percebe que assim, eles gostam dessas regiões aqui Brás, Tatuapé, Mooca, Belém, Pari. Então assim, eles ficam todos nesses territórios. É a referência deles, né. (Eq.11)

Por isso que às vezes a gente tem um paciente que começa dar dificuldade no abrigo, eles transferem pra um abrigo aqui próximo. Daí outra equipe atende, aí outra equipe que começa acompanhar. (Eq.11)

A necessidade da região Sudeste ainda é maior, perante o número de equipes contratadas, existem pessoas em situação de rua sem cobertura em alguns bairros da CRS Sudeste.

A região Sudeste conta com muitos equipamentos sociais, que deveriam ficar sob a responsabilidade da UBS, uma vez que o território é grande e existem outros locais em que há pessoas literalmente nas ruas e, portanto, mais vulneráveis, precisando mais desse serviço.

É importante que as ações das equipes de CnaR dentro dos equipamentos sociais continuem, mas sugere-se que a referência para o atendimento seria a equipe de profissionais das UBS.

- As equipes de CnaR da Região Oeste:

Segundo relatos dos entrevistados, são duas equipes que tem bases nas UBS Parque da Lapa e UBS Dr. José de Barros Magaldi. A equipe do Parque da Lapa possui um território maior para acompanhamento e se organizam através do planejamento prévio. A equipe de CnaR da UBS Parque da Lapa atende também na UBS Vila Romana e presta apoio às regiões da Vila Anglo, Parque Anastácio, Vila Jaguará, Jaguaré, dentre outras.

Aí assim, por exemplo, na semana, na segunda-feira uma parte da equipe fica concentrada na Lapa, na Vila Romana, faz Vila Anglo e a outra metade fica concentrada aqui no Pq. da Lapa. Então, a equipe vai se dividindo e conforme tem as demandas a gente vai fazendo as visitas, os acompanhamentos. (Eq. 15)

A grande extensão territorial desta região é vista, tanto em suas potencialidades quanto em suas dificuldades. As decisões para os desafios e encaminhamentos dados para as situações inusitadas eram tomadas no local e no ato do cuidado às pessoas em situação de rua. Por exemplo, as pessoas em situação de rua estão dispersas em vários pontos do território. Essa situação demanda tempo e intensa coordenação para os inúmeros atendimentos nas ruas e nos diversos equipamentos da SMADS, destacando-se que nas cenas de uso, e parte da população é flutuante. Segundo os relatos de duas equipes, pessoas de outros municípios frequentam locais de consumo de substâncias psicoativas.

Observou-se que todas as equipes são itinerantes, porém uma com mais frequência que as demais. A concentração das pessoas nos espaços das ruas interfere no território de

abrangência e também na itinerância. As equipes do município estão divididas nos territórios de maior concentração das pessoas em situação de rua e, quando existe menor concentração dessas pessoas, o território torna-se mais amplo, gerando uma configuração territorial diferente, o que interfere em sua forma de trabalho. Uma das equipes entrevistadas tem no seu território de abrangência 9 UBS de referência, resultando em um processo de trabalho com atuação mais intensamente direcionada para as ruas, idealizado pela gestão.

A realização do trabalho em equipe do CnaR coloca em evidência a necessidade de se estabelecer parcerias. A partir do reconhecimento dos equipamentos sociais e estreitamento das relações, torna-se possível construir redes de apoio no território, potencializando a resolutividade dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

4.2.2 O processo de trabalho da equipe de CnaR nas ruas

A rua é considerada o território de ação das equipes de CnaR, geralmente delimitado pelos usuários que a consideram local de moradia. Esse espaço pode ser alterado à medida que o usuário sente a necessidade de migrar para outro local por vários motivos, dentre os quais, a busca de recurso financeiro através de trabalho, a procura de alimentos, o medo da violência, ou a facilidade de obtenção de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Outra questão muito complexa é o ir e vir no interior do território, supondo que a pessoa em situação de rua não se fixa num só local, mas transita pela cidade, e à noite pode estar num abrigo, em outro bairro, e pela manhã no centro.

A área de abrangência de cada equipe foi definida segundo informações do Censo FIPE 2015, da análise do número de pessoas em situação de rua que frequentam o território e também de acordo com a capacidade de atendimento da equipe. Uma equipe tem um potencial de atendimento de aproximadamente 600 a 700 pessoas, segundo avaliação técnica da gestão das equipes de CnaR do município de São Paulo.

Algumas equipes citaram que o trabalho nas ruas se inicia com a divisão do território de cada equipe em microáreas, e cada AgS percorre a sua microárea de ação. Esses AgS vão a campo todos os dias e fazem a abordagem de todas as pessoas em situação de rua encontradas durante a visita do dia em seu território.

A Abordagem é a primeira forma de contato da equipe com as pessoas em situação de rua, e durante as visitas nas ruas, a abordagem, nem sempre ocorre como idealizada. Muitas vezes, segundo relatos das equipes, se observa qual seria a melhor estratégia para abordar aquele usuário nas ruas. O planejamento estratégico pode demorar dias, semanas ou meses. Foi

observado que é preciso conhecer o espaço e a cultura das ruas; depois disso, com a experiência adquirida, é mais fácil obter êxito na abordagem (SÃO PAULO, 2016).

A abordagem é a forma de aproximação das pessoas, é preciso ter empatia, capacidade de ouvir, além de não julgar, de transmitir confiança, olhar nos olhos do outro e oferecer possibilidades de respostas (SÃO PAULO, 2016).

Alguns AgS revelaram que foram em algum momento de suas vidas moradores em situação de rua. Essa característica traz para a equipe a sensibilidade e a percepção da situação dos usuários, ajudando a reconhecer o momento em que se pode abordar, a linguagem de rua, os seus códigos, a facilidade de se colocar no lugar do outro, sem críticas ou julgamentos. Também é importante frisar a reinserção social desse AgS com emprego e apoio da equipe, fortalecendo sua autoestima (SÃO PAULO, 2016).

Cada equipe tem a sua estratégia de abordagem para cada situação encontrada. As estratégias citadas por duas equipes da região do Centro eram os grupos com pintura na praça; outra equipe relatou que ofereciam algo para leitura do usuário como gibi ou revista; outra equipe, ainda, levava linha e agulha de crochê. As equipes que encontravam em seu território cenas de uso, esperavam o momento mais adequado para abordar, procuravam sempre alguma janela de oportunidade para conversar e formar o vínculo. Estas revelaram que a abordagem poderia ser feita por qualquer membro da equipe, mas prioritariamente era realizada pelos AgS, porque estavam mais tempo no território.

Os AgS estão diariamente nas microáreas, acompanham o usuário do seu território diariamente, conhecem bem o que ocorre nesse local através das visitas e dos relatos das equipes do CnaR. As observações obtidas no território são encaminhadas todos os dias para a equipe.

Segundo foi relatado por alguns AgS entrevistados, os casos mais complexos eram levados até a UBS pelo AgS e passavam pelo acolhimento. Quando a pessoa estava numa situação considerada crítica pelo AgS e o mesmo se recusava ou não tinha condições de ir até uma UBS ou PS, a equipe era convocada pelo telefone e, dependendo do caso, um médico, enfermeiro, ou psicólogo ia até o espaço de moradia do usuário na rua. Os AgS realizavam também as visitas diárias nos casos que necessitavam de apoio e acompanhamento, como o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose, nas circunstâncias de falta no tratamento, casos de hipertensão, diabetes, gestantes, crianças, de transtornos mentais, doenças sexualmente transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), uso abusivo de álcool e outras drogas e outras doenças que necessitam de acompanhamento com direcionamento da equipe. Os AgS são as principais referências para realização da abordagem e vínculo.

O AgS apresentava mais facilidade em obter o cadastro do usuário por estar mais próximo e com mais frequência no território da sua microárea. Os outros técnicos da equipe deviam acompanhar um território mais amplo, mas qualquer membro dela, tecnicamente, poderia desenvolver esse trabalho.

As pessoas que não desejavam realizar o cadastro, geralmente tinham algum motivo importante, como problemas com a justiça, transtorno mental, ou o faziam porque não queriam ser identificadas; nesses casos, o atendimento era o mesmo, cuidar de acordo com a necessidade de cada um. No entanto, o cadastro é o preenchimento de um documento com informações importantes para o acompanhamento do usuário, inclusive na reinserção social.

Os AS também realizavam visitas nas ruas, mas em todo o território da sua equipe, não tinham um território específico, ajudavam os AgS nas visitas dos usuários quando necessário, e nos casos relacionados com problemas sociais, como encaminhamentos para abrigos, e faziam contato direto com o Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) para acompanhamento conjunto.

Todos os profissionais saíam com uma mochila contendo os materiais que poderiam ser utilizados nas ruas, como luvas e material para coleta de escarro; os profissionais de nível superior também levavam termômetro e material para verificar o controle de glicemia, estetoscópio, esfígnomanometro.

O cuidado nas ruas, realizado por médicos e enfermeiros, ocorria dentro das condições possíveis e enfrentava dificuldades, já que esta não ocorria num lugar adequado para realizar um exame físico completo. Embora não fosse possível um atendimento ideal, sempre era ouvida a queixa e verificados os sinais vitais, o que poderia apontar uma situação de emergência ou um caso que necessitasse de maior esclarecimento para o diagnóstico. Para o médico, as visitas nas ruas facilitavam o vínculo, traziam a noção real do que sucedia com o usuário, auxiliavam no tratamento imediato diante da dificuldade do usuário ir até a UBS. Algumas delas eram agendamentos prioritários.

O enfermeiro era geralmente a referência para planejamento das ações da equipe, e também realizava visitas nas ruas de acordo com as necessidades dos usuário. Também percorria as ruas para dirimir dúvidas das histórias relatadas pelo AgS, aprimorar a anamnese e realizar exame físico, informações importantes para o caso. Sempre que possível, o usuário era encaminhado para UBS para exame físico mais adequado e exames complementares e, em casos emergenciais, recorria-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Os auxiliares de enfermagem realizavam nas ruas curativos, coleta de exames, controle de glicemia, medida de pressão e disponibilizavam e supervisionavam a medicação prescrita.

A realização de procedimentos somente era efetuada nos casos em que não se conseguia levar o usuário para UBS. Os outros profissionais também visitavam as ruas, como os psicólogos, que acompanhavam os casos de transtorno mental, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas junto com toda a equipe.

Os assistentes sociais percorriam o território munidos de informações obtidas e solicitações de visitas dos AgS e AS para oferta de serviços sociais, orientações sobre documentos, procura da família, quando esta era solicitada, identificavam os casos que necessitavam ir para casas de acolhida e orientavam sobre os direitos sociais das pessoas em situação de rua.

No espaço de praças e jardins e embaixo dos viadutos eram realizados grupos temáticos com intuito de promover o vínculo, orientação sobre doenças comuns na população em situação de rua e sobre redução de danos.

Nas ruas ocorriam visitas conjuntas com profissionais do NASF e ou do CAPS, no sentido de realizar avaliação técnica multiprofissional, realizar tratamento e tomada de decisões em grupo diante de cada caso, quando o usuário não aceitava ir até a UBS.

Uma equipe sinalizou que dar valor à queixa que a pessoa considera mais importante, oferecer solução e, se necessário, o tratamento e encaminhamento, é uma das estratégias de garantir o vínculo. MANESS e KHAN também afirmaram, em estudo nos EUA, que o vínculo se realiza quando se traz uma resposta à queixa principal (MANESS e KHAN, 2014).

Na Inglaterra, as pessoas que vivem nas ruas têm dificuldade de acesso à assistência primária. Existe um serviço de visita de enfermagem nas ruas que realiza encaminhamentos para especialidades, hospitais e PS. Essas pessoas não registradas não têm acesso garantido ao GP (CONNELLY e CROWN, 1994).

Todas as equipes relataram que o vínculo ocorre bilateralmente. Diziam que a pessoa em situação de rua poderia ser um membro da sua família e as orientavam contra toda a forma de estigma que presenciavam nos serviços.

O vínculo é a principal ferramenta utilizada pelas equipes para acompanhar o caso e promover um tratamento compartilhado com toda a equipe. Com o vínculo, espera-se que os resultados relativos ao tratamento de saúde tenham uma melhor aceitação e conclusão no tratamento de problemas como a tuberculose e outras doenças crônicas (ILHA *et al*, 2014).

O espaço das ruas promove a intencionalidade de aproximação da equipe com o usuário em situação de extrema vulnerabilidade, sendo então utilizados os processos de trabalho relacionados com a tecnologia leve (MERHY, 2002).

Eu faço realmente uma consulta com ele; se eu tiver oportunidade de fazer consulta com ele na rua, eu vou fazer na rua. Às vezes, eu acabo devendo o exame físico completo, mas na entrevista, na anamnese, podemos entender a história dele. (Eq.5)

O problema da rua é que você não consegue fazer um exame físico adequado. Tenho oxímetro infantil, oxímetro adulto, aparelho digital, aparelho de pressão. Esfigmomanômetro e estetoscópio a gente recebe, e termômetro digital também. Isso (esse material) é imprescindível para sair na rua,. Porque ver uma pressão, medir uma barriga e fazer uma escuta de BCF dá pra fazer. (Eq. 5)

As visitas nas ruas aconteciam todos os dias, de acordo com a escala. Leva o aparelho de dextro, de PA e os ouvidos. Conversamos bastante com eles. Se tiver uma grávida na rua, colhemos exames também. (Eq. 10)

Na medida do possível a gente tem um deslocamento, porque o território é muito grande e muito longe. Então, assim, às vezes vai a pé, às vezes vai com carro, às vezes a gente acaba nem conseguindo chegar. Mas, assim, não deixa de dar atendimento, em nenhum momento deixa de dar o atendimento. (Eq. 15)

Leva o medicamento, de tuberculose, de HIV, faz o tratamento de sífilis, também na rua. Quando eles não sobem, a gente vai lá fazer o tratamento, faz as coletas de sangue também na rua, todas essas coisas. A gente está querendo uma parceria com a SAE, a gente vai na casa de uso, ou qualquer local dos pacientes HIV, a gente vai lá, faz a coleta, leva o sangue para o SAE para ter o controle do CD4 e CD8 deles também, então a gente tem uma dinâmica bem legal. (Eq. 15)

Os meios de comunicação são um aspecto interessante a ser considerado. Todos os integrantes das equipes possuem um telefone celular institucional e, nesse sentido, a comunicação por Watts App revolucionou a interlocução. Esse aplicativo de mensagens instantâneas demonstrou ser eficiente, principalmente nas ocasiões em que os usuários que estão nas ruas têm alguma intercorrência e precisam da visita de um técnico, em casos com faltosos com diagnóstico de tuberculose em tratamento ou, ainda, quando um usuário desaparece de um território, podendo ser encontrado em outro local. Enfim, essa evolução nos meios de comunicação proporcionou maior velocidade de resposta da equipe diante de algumas situações.

Os dados de comunicação, segundo relatado na pesquisa, eram apenas para chamados e transmissão de situações ocorridas no território e entre os técnicos das equipes que acompanhavam os usuários, um grupo fechado, respeitando-se sempre o sigilo profissional e a integridade das pessoas em situação de rua.

É importante observar que as equipes não dispunham de outros sistemas eletrônicos para utilizar nas ruas, como *tablets*; utilizavam apontamentos em papel e passavam para o sistema de informação de dados na UBS.

Tem também uma rede do Watts App, onde a gente mantém as informações. A gente fez um grupinho. A equipe ajuda também a gente. (Eq.8)

Como o próprio nome “Consultório na Rua” já define, o objetivo da estratégia é ir em busca, ou seja, abordar quem não consegue chegar até a UBS; conversar, avaliar, estimular aquela pessoa a olhar para sua necessidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Os profissionais das equipes de CnaR desenvolvem diversas ações durante processo de trabalho, como, por exemplo, a abordagem, que faz parte das atribuições de toda a equipe, e outras inerentes a cada formação técnica. Ainda existem outras não previstas em manuais técnicos que acontecem no território e toda equipe se organiza para dar encaminhamento e solução.

As equipes trabalham a multidisciplinaridade essencial para a contribuição de diferentes conhecimentos adquiridos pelas categorias profissionais, interferem e se relacionam com os membros de várias equipes, induzidos para a construção do cuidado ao usuário em situação de rua.

A interação entre a equipe de CnaR e a pessoa em situação de rua é determinante para a qualidade da resposta do cuidado e está intimamente ligada à abordagem, ao vínculo, ao acolhimento, à escuta qualificada, relevante para os diferentes saberes técnicos e das experiência de vida. As equipes estudadas também procuravam realizar todos os passos do caminho de cuidado, tendo sido observado na pesquisa que a interação com o usuário em situação de rua, dependia dos resultados desse processo de trabalho. (CECCIM e FEUERWREKER, 2004).

Portanto, a equipe que incorpora uma visão social, humanista, entende que não bastam os conhecimentos dos protocolos da saúde. O espaço da rua exige uma compreensão mais ampla, está fora dos protocolos de atenção em saúde fechados. Muitas vezes, nos deparamos com situações em que é preciso adaptar esse protocolo técnico assistencial para o cuidado (SÃO PAULO, 2016).

O modo de trabalho nas ruas é muito diferente do modo de trabalho dentro de um serviço de saúde, seja em UBS, Pronto Socorro, UPA ou hospitais, entre outros.

A rua, enquanto espaço de trabalho, se mostra muito deliberativa, pois a ação vai depender das condições encontradas, fazendo com que as equipes se adaptem a cada situação e a cada momento no território vivo (SÃO PAULO, 2016).

Nas ruas não existe uma “proteção” ao trabalhador, como as paredes de um equipamento; não há um gestor presente, sendo esse espaço totalmente controlado pela equipe ou pelo profissional atuante. Nesse espaço singular de integralidade focada no serviço de saúde, onde prevalece o encontro do usuário com a equipe de CnaR pautada na pretensão da máxima

integralidade no espaço da micropolítica de saúde (CECÍLIO, 2011).

A rua traz a liberdade tanto para os usuários como para os profissionais. A liberdade de agir, de tomada de decisões imediatas, inerentes à competência de cada profissional. Ao mesmo tempo, a liberdade de escolha em cada caso traz a responsabilidade e o compromisso com as pessoas encontradas e vinculadas. Em geral, não se visualiza esse compromisso, mas cada profissional da equipe entende e expressa o significado da responsabilidade do cuidado (CECÍLIO, 2011).

As equipes de CnaR deveriam passar mais tempo atuando nas ruas. De certo modo, é mais confortável atuar na UBS, dentro de um serviço organizado, com horários, com salas de procedimentos, com retaguarda de outros profissionais e da gestão. Já no espaço das ruas, a equipe precisa se reinventar a cada dia.

Nas ruas é onde ocorre o uso das principais ferramentas utilizadas pelas equipes, como a abordagem e o vínculo, o contato direto da equipe oferecendo o serviço de saúde, sendo a equipe o elo entre a rua e a UBS. A tecnologia leve indo ao encontro da necessidade de ouvir o usuário e transformar a escuta em ação. (MERHY, 2002).

No trabalho em equipe, cada profissional contribuía com sua expertise, de acordo com sua formação. Daí a importância de nomeação dos responsáveis pelas ações, fundamental para a definição do processo de trabalho (BARROS e BARROS, 2007).

4.2.3 O processo de trabalho da equipe de CnaR nas UBS

A UBS é o ponto de intersecção de todas as linhas de cuidado. Nas UBS realiza-se o agendamento, o atendimento, as consultas, os encaminhamentos para especialidades, as reuniões de equipe e as intersetoriais, os procedimentos, os exames, dentre outras ações. Todas equipes têm uma UBS de referência, e a dinâmica da equipe se divide entre a rua, a UBS e os equipamentos sociais.

Todas as equipes entrevistadas possuem uma organização para o desenvolvimento do seu trabalho, com planejamento prévio de todas as ações programadas.

O planejamento foi revelado por algumas equipes como semanal, por outras mensal e até anual, visando um cronograma de ações específicas para os membros das equipes.

As ações planejadas mais citadas foram: agendamento de consulta médica; atendimento de enfermagem; atendimento de psicólogo; agendamento com assistente social; programação para atendimento odontológico; acompanhamento de gestantes; pacientes em Tratamento

Diretamente Observado (TDO) e com DST/AIDS; acompanhamento para consulta de especialidade; visitas do AgS a casos mais específicos; gestão dos horários de consultas agendadas para que o AS pudesse acompanhar o usuário ao especialista; grupos de promoção à saúde; horários de saída dos carros para o transporte dos usuários; horário de reunião de equipe; horário de reunião com outros setores, como NASF, CAPS, CAPS AD, SEAS; visitas a casas de acolhida; reunião geral da UBS de referência e divisão da equipe para os horários de acolhimento da UBS, entre outras ações.

Muitas vezes o planejamento precisava ser alterado devido a intercorrências do dia a dia, conforme as urgências que surgiam fora da programação. A reorganização da agenda requeria análise das outras prioridades e da disponibilidade do profissional nas ações programadas pela equipe.

Temos um planejamento, um cronograma a seguir pra ter uma organização, até mesmo para o gerente saber, para o parceiro saber e pra gente ter o mínimo de organização possível do trabalho. (Eq. 3)

Aí foi agendado pra mais uma semana e eu estava programado pra fazer outra coisa, então, passei pra um colega de trabalho, outro agente, “olha, eu tenho essa visita, tem como fazer?”. É sempre conversado, pra um cobrir o outro e, ao mesmo tempo, a gente poder ir a campo, no território, e também fazer esses acompanhamentos. (Eq.7)

Geralmente, antes de começar o mês, agente se reúne pra fazer o cronograma do mês. Então, nós lançamos todas as atividades que nós vamos fazer no mês, que inclui os acompanhamentos que a gente tem dos nossos pacientes, levar no médico, fazer RG. (Eq. 8)

Existe o condicionante desse planejamento que é uma exigência de produção, isso é uma diretriz prévia no processo contratual, então, não se pode fugir das várias espécies de consulta médica, consulta compartilhada, enfim, uma diretriz que dá o volume de atendimento que deve ser realizado durante um mês. (Eq.12)

Preocupado com a produção. É que nem a gente teve, semana passada, uma paciente do ..., que estava muito ruim, a enfermeira foi e fez o atendimento, em dois dias ficou com uma pessoa só, a produção dela vai cair. Isso é uma das coisas que nós achamos ruim, é injusto, porque a gente poderia se dedicar mais ao paciente. (Eq. 8)

A importância do planejamento das ações é vista no envolvimento de toda a equipe, onde cada profissional, com seu perfil técnico, executa a ação, funcionando como uma engrenagem, em que um depende do outro para produção do trabalho e para atingir o objetivo (BARROS e BARROS, 2007; PEDUZZI, 2008).

A questão da produção quantitativa das equipes, como foi apontado na fala de duas delas, discutindo a importância do planejamento, considera também as metas contratuais dos convênios, que são os indicadores de monitoramento e acompanhamento. Dessa forma, a avaliação do processo de trabalho das equipes é realizada somente com base em ações de

produção quantitativa. Dentro da perspectiva do planejamento, foi preconizada uma reserva técnica de consultas dos profissionais com ensino superior e acompanhamento dos profissionais das equipes de CnaR para as prioridades, como crianças e gestantes, hipertensos, diabéticos e pessoas com diagnóstico de tuberculose, entre outras vulnerabilidades. No entanto, no trabalho qualitativo das equipes não são contabilizados como produção, apesar de ser de suma importância, as reuniões intersetoriais, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), os grupos de promoção e prevenção à saúde.

Há de se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos e a de se produzir o cuidado (MERHY, 2002).

Todos os dias, parte da equipe estava nas ruas e parte ficava na UBS pelo menos um ou mais técnicos do CnaR de referência para acolhimento das pessoas em situação de rua, além dos profissionais da equipe para atendimento das consultas eventuais e agendadas.

Cada UBS tem o seu processo de trabalho específico de atuar com o programa dos CnaR, e as equipes tiveram que se adaptar com as orientações do gerente da UBS.

As atividades realizadas nas UBS dependiam de vários fatores, dentre eles o processo de trabalho determinado pela UBS e nesse processo, estaria incluída a viabilidade do atendimento das equipes de CnaR nas UBS a partir da disponibilidade de consultórios, de computadores, de agendamento de sala de curativos e demais necessidades.

Algumas equipes relataram que ficavam no acolhimento da UBS, dando suporte para o atendimento de todos os usuários; outras equipes atendiam apenas os usuários em situação de rua; outras não precisavam nem ficar no acolhimento, pois a UBS acolhia todas as pessoas que procuravam algum cuidado em saúde.

As entrevistas apontaram algumas particularidades do cuidado às pessoas em situação de rua nas UBS. Por exemplo, quando o gerente da UBS compreendia a dimensão do programa do CnaR, o usuário, sendo ou não uma pessoa em situação de rua, deveria ser acolhido por todos da UBS. Além disso, nesses casos, o processo de trabalho da equipe de CnaR se tornava mais hábil, graças ao respaldo da gestão da UBS.

Por outro lado, quando o gerente não tinha um conhecimento mais aprofundado sobre o programa do CnaR, o processo de trabalho das equipes ficava de certa forma comprometido, com problemas no acolhimento do usuário em situação de rua, que era considerado apenas de responsabilidade da equipe de CnaR, e não dos profissionais da equipes da UBS e diante desta situação, algumas equipes usavam como estratégia matriciar os profissionais das UBS através de consultas compartilhadas, mostrando como acolher, como tratar e como lidar com as necessidades desse usuário mais vulnerável e com várias comorbidades. Outra estratégia era

convidar o gerente da UBS a participar das reuniões de equipe do CnaR, mostrando, dessa forma, o processo de trabalho da equipe.

A equipe de CnaR tem a incumbência de promover o vínculo entre as pessoas em situação de rua, com os profissionais das UBS e com os serviços de saúde especializados, pois é necessário articular a rede de atenção. Segundo análise das falas, este processo de criar e recriar no campo das práticas, observou-se que muitas equipes de CnaR ainda tem dificuldade em articular com a rede de atenção.

Os processos das equipes de CnaR nas UBS são decorrentes das necessidades das pessoas em situação de rua, que muitas vezes são diferentes das necessidades dos usuários residentes no território. As equipes precisam estar atentas para tomarem decisões imediatas e terem a sensibilidade de transformar a escuta no acolhimento em uma oportunidade de vínculo e tratamento, constatando situações com necessidades imediatas. A equipe acaba criando uma nova forma de pensar, novas regras, novos processos, provocando a reflexão dos profissionais das UBS, no sentido de humanizar o cuidado e as práticas de saúde. (AYRES, 2004).

Pela análise dos depoimentos, é possível observar que cada equipe tinha o seu modo de viabilizar o cuidado ao usuário. O acolhimento era realizado em todas as equipes e, sendo configurado por cada local de atendimento.

No acolhimento, sempre estava presente pelo menos um AgS ou AS como referência para o usuário em situação de rua e, em seguida, procedia-se a avaliação da enfermagem do CnaR. Na maioria das equipes, os usuários iniciavam o atendimento com o enfermeiro, que avaliava o caso, solicitava os exames dentro dos protocolos de enfermagem e, de acordo com a necessidade do momento, os encaminhava para o médico. Os casos mais difíceis de resolução no tratamento, com comorbidades, eram discutidos em reunião técnica da equipe de CnaR para o acompanhamento do cuidado, nos quais eram planejados os PTS, sempre após o consentimento do usuário.

O atendimento médico da equipe do CnaR é um considerado importante de ser discutido, pois, uma vez que existe esse profissional contratado, há que se considerar principalmente o seu potencial e garantir o atendimento para todos os casos, principalmente nas prioridades como doenças infectocontagiosas, gestantes e acompanhamento das doenças crônicas. Segundo as entrevistas com os dois médicos, durante as consultas, observou-se que os usuários gostam de conversar, gostam de receber atenção e de serem ouvidos, muitas vezes eles vem para consulta apenas para falar da sua vida, esquecem da dor, até do sintoma que o trouxe para consulta, geralmente eles não percebem qual a sua necessidade. Desta forma foi necessário ampliar o tempo disponível para consulta para uma média de trinta minutos a uma

hora.

O profissional médico, além do matriciamento com os demais profissionais, permanece parte do seu tempo realizando consultas nas UBS ou em casas de acolhida, e menor parte do tempo nas ruas. À medida que os profissionais da UBS vão assumindo os casos encaminhados, o médico da equipe do CnaR poderá ir acompanhando outros casos, até que ocorra a transferência de responsabilidade do caso para a equipe da UBS. Nesse momento, a equipe do CnaR já não precisa atuar nesse local e pode estender sua operação para outros territórios. Porém, essa situação ideal ainda está muito distante de ser alcançada.

Uma das equipes tinha um diferencial de atuação, pois priorizava o tempo nas ruas e muito pouco tempo dentro da UBS. Essa equipe estava num território muito amplo, com as pessoas em situação de rua espalhadas em grupos menores. O AgS realizava o encaminhamento do usuário das ruas para UBS, e esta atendia todos os usuários encaminhados. O médico da equipe do CnaR matriciava o caso com o médico da UBS, e este passava a acompanhar o usuário na UBS, enquanto o médico do CnaR acompanhava o usuário nas ruas. Das nove UBS, o médico do CnaR tinha condições de prestar atendimento em duas, as demais os casos eram encaminhados para equipes da UBS.

O vínculo se estabelece quando o usuário é acolhido e respeitado. Dessa forma, o processo de trabalho dessa equipe diferenciada foi construído com apoio da gestão do território.

Os processos de trabalho em saúde são espaços abertos de discussão entre os profissionais e a gestão, que precisam se impor devido à demanda anunciada, movimentar-se para mudar paradigmas, disputando o caminhar no dia a dia com normas e regras instituídas pelo controle organizacional. (MERHY, 1999).

A micropolítica atua no território, na lógica de poderes, em busca de uma reorganização no processo de trabalho em rede (MEHRY, 2002).

Na verdade, as pessoas não entendem ainda qual é o verdadeiro papel do CnaR em todo lugar. Eles acham que o paciente é nosso, se ele chega rasgado, sujo, acham que o problema é do CnaR e não da unidade, e na verdade é da UBS. (Eq. 4)

A gerente dessa UBS, ela tem essa aproximação, tanto que ela participa das nossas reuniões de equipe, contribui na discussão de casos. Mas isso é dela. Então, ela dá apoio para a equipe. Ela faz questão de estar sempre informada de tudo o que está acontecendo. Está sempre junto. (Eq. 7)

A gerente influencia, porque se a visão dela é ampla para nós, todos os profissionais vão acatar isso. Quando tem reunião geral na UBS, ela exige que a gente participe, tem reunião de ACS, ela exige que a gente participe, ela inclui, cada um tem a sua função dentro das suas potencialidades. (Eq. 10)

A equipe faz o papel de vínculo com outros profissionais das UBS. Esse não é um trabalho fácil, pois há necessidade de entendimento dessa política, da qual a principal articuladora é a gerência da UBS. (Eq. 10)

Nas UBS que não seguiam a lógica da ESF, onde muitas vezes o usuário não era considerado da UBS, e sim da equipe de CnaR, existia dificuldade no atendimento se a equipe não estivesse presente na UBS. Essa percepção era disseminada, observada desde a recepção até os demais profissionais da saúde. Foi relatado, em uma das falas, que a equipe não era convidada a participar de reuniões gerais da UBS, devido ao descompasso de entendimento do programa do CnaR.

A questão do tempo disponibilizado da equipe de CnaR a serviço da UBS compromete o atendimento nas ruas. O cuidado para essas pessoas segue o Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua, preconizado para ser realizado em qualquer UBS, com ou sem equipes de CnaR. Quando a equipe se encontra na UBS, deve realizar o atendimento da demanda e acompanhamento dos usuários em situação de rua, portanto, situações direcionadas ao programa CnaR, e não à rotina da UBS.

Um problema a ser considerado é que a maioria dos profissionais da equipe de CnaR participavam diariamente da escala de serviços da UBS, como por exemplo acolhimento, coleta de exames, curativo, atendimento de outros usuários, ocupando o tempo que seria disponibilizado para o trabalho da equipe de CnaR.

Quando a UBS fazia um atendimento mais humanizado, no sentido de acolher e ter uma escuta qualificada para todos os usuários, sem exceção, as equipes dispunham de mais tempo para estarem nas ruas, promovendo a saúde e acompanhando outras pessoas nos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

A integração da equipe de CnaR com a UBS gera muitos conflitos no que diz respeito à compreensão que os processos de trabalho impõem, prevalecendo a disputa por interesses individuais e divergências com o coletivo.

Os parceiros conveniados dos CnaR e das Organizações Sociais (OS) que atuam na mesma UBS são diferentes, e esse fato pode estar dificultando o entendimento dos profissionais das UBS. As entrevistas sugeriram que as Organizações Sociais estão reavaliando como trabalhar diferentes serviços no mesmo território. As UBS tradicionais, com profissionais concursados, também estão aprendendo a dividir o espaço com a equipe CnaR conveniada.

Segundo Merhy, *“o ato do trabalho funciona como uma escola, mexe com a nossa forma de pensar e agir no mundo; nos formamos basicamente no trabalho”* (MERHY e FRANCO, 2006).

Agora, quando você trabalha numa UBS, que só é tradicional, é como se... as pessoas não entendem a sua rotina, então, eu achei que fosse mais fácil. Mas é uma coisa que está mudando também, que vai melhorando ao longo do tempo. (Eq. 7)

Nós tivemos, infelizmente, a gente chora porque a Dra. uma médica da UBS... Ela era parceira, mas uma parceira assim como a gerente daqui... gosta de atender pessoas em situação de rua. Aqui também tem dentista da UBS que atende. Então, eles não fazem diferença (Eq. 8)

Quando não tem ninguém da equipe, a UBS atende o paciente. Os médicos da UBS atendem sem problemas, essa inserção depende do apoio da gerência e, se você tem um gerente aberto, você consegue fazer muito mais, o gerente é fundamental para a inclusão do paciente e profissionais. A UBS é a cara da gerência. (Eq. 14)

Portanto, é entender que temos que trabalhar com a população de rua com as mínimas exigências. Às vezes, com um nome e uma suposta data de nascimento, e na UBS quando vai marcar uma especialidade, sem endereço não dá pra fazer exames, mas que endereço que ele vai dar? não sabe dizer ou referir saber trabalhar com isso é um diferencial, dá muito conflito. (Eq. 4)

Segundo os depoimentos não existe um consenso quanto ao agendamento dos usuários em situação de rua. Algumas equipes relataram a importância do agendamento para o usuário em situação de rua, estas consideram que o agendamento faz parte do treinamento da equipe e está relacionado com o grau de organização do usuário.

Outras equipes consideraram a agenda de livre acesso como melhor opção para as pessoas em situação de rua, em razão do imediatismo, já que elas não têm compromisso com horários, apresentam muitos problemas a serem tratados. Dessa forma, o vínculo se mantém com o atendimento de acordo com a sua necessidade.

De acordo com a experiência observada no acompanhamento das equipes, o agendamento só deveria ser considerado nos casos de doenças agudas ou crônicas, das gestantes e das crianças; em todos os demais, a agenda livre seria a melhor opção, pois traduz a necessidade do usuário. No Documento Norteador, as questões relacionadas aos agendamentos para equipes de CnaR não foram definidas.

As consultas com a equipe são agendadas mesmo quando a equipe está cheia de consultas, passando pelo acolhimento da UBS. (Eq.14)

A agenda funciona, eles vêm. É um dos trabalhos que a médica enfatiza, é algo que ela realmente gosta, é algo que ela está sempre pedindo, sempre buscando. A pessoa em situação de rua tem que ser minimamente organizada. (Eq. 3)

Então, a gente tem a agenda aberta com horário mesmo para eles irem lá para serem atendidos. (Eq.5)

Agenda aberta, quem for atende. Quantas pessoas forem. Tem dia que tem 15, 20 pessoas para fazer atendimento. (Eq. 15)

Pelo menos eu posso falar da minha semana: eu atendo no consultório sob livre demanda, eu prefiro fazer assim; acho que os pacientes têm uma necessidade diferente, eles não têm muito compromisso com horário, então a gente acaba limitando aqui. (Eq. 9)

Em algumas UBS, organizou-se a agenda do dentista da UBS para a reserva técnica de atendimento, em um período de quatro horas, exclusivo para pessoas em situação de rua.

Segundo relatou-se nas entrevistas, o ideal seria que todas as equipes tivessem o profissional dentista em sua composição, dessa forma ele atenderia exclusivamente os usuários em situação de rua, utilizando a infraestrutura da UBS e, como integrante da equipe, teria uma visão ampliada do processo de trabalho.

Outro serviço citado foi o das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), direcionadas para essa população. Esse serviço se movimenta com sua equipe odontológica em várias regiões da cidade, com uma programação de atendimento para cada equipe de CnaR. A equipe da UOM é composta por um dentista e dois auxiliares de saúde bucal. As UOM permanecem em local determinado pela gestão e estão programadas para prestarem o cuidado aos usuários. Segundo relatou-se, quem fazia o acolhimento em saúde bucal era a equipe da UOM e, o seu diferencial, além da disponibilidade de vagas para vários locais, por serem móveis, era que também ofereciam próteses dentárias.

As equipes também informaram que, se o usuário tinha autonomia, deveria ser incentivado a ir sozinho até uma das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), sempre buscando conscientemente não interferir nessa autonomia conquistada por ele.

Essa lógica das UOM implementada no município contribuiu para agregar um serviço especializado ao atendimento das equipes de CnaR, sendo muitas vezes a porta de entrada do usuário em situação de rua para o sistema de saúde. Essa foi uma demanda reprimida que a gestão procurou reduzir, dentro das condições possíveis à sua implementação. No momento das entrevistas, o município disponibilizava três UOM que prestavam serviços a todas as equipes de CnaR.

A única equipe de CnaR com dentista fez referência à importância desse profissional para compor a equipe, já que, em muitos casos, o usuário se identificava inicialmente com a dentista e também porque sua primeira queixa tinha relação com a saúde bucal. Após ter uma dentista integrada, o seu olhar se ampliou, no sentido de ver a pessoa como um todo. A profissional perguntava sobre problemas de saúde, orientando sobre seu tratamento, solicitava aos técnicos que aferissem a pressão e, muitas vezes, levava o caso até outro profissional da equipe, como o médico ou enfermeiro, acompanhava o caso e participava das reuniões. As demais equipes também afirmaram que as UOM têm dado bons resultados.

O ideal seria que todas as equipes tivessem um dentista incluído no rol de categorias profissionais, mas a principal dificuldade está relacionada à disponibilidade de espaço e equipamentos disponíveis nas UBS para esse cuidado específico.

Alguns têm autonomia. Essa é uma questão que temos que vigiar para não prejudicar nesse sentido: ter o cuidado para não interferir nessa autonomia. Dá horário, agendamento, vem até a UBS, mas os AgS saem com horários para distribuir para os agendados, o AgS já está orientado que quando o paciente já tem autonomia que ele venha até a UBS para fazer o seu agendamento, dar responsabilidade, ele precisa disso, é importante para o ser humano ser responsável, reconhecer o seu próprio cuidado, a vida não é tão fácil, e precisamos mostrar isso para eles. (Eq.13)

Tem um que a gente acha que foi o caso mais comovente, ele colocou uma prótese superior, ele até chorou de felicidade. Nossa, que lindo! É o que a gente fala, são os ganhos que a gente tem. Assim, na minha opinião, e acho que na opinião de todo mundo, porque se a gente for pensar, de cada 10 pacientes que estão em situação de rua, 10 precisam de atendimento odontológico, né? (Eq 5)

Chega a ser curioso, porque eles, às vezes, não se identificavam com o médico, nem com o enfermeiro, porque tem um certo estigma, mas com a dentista, que eles achavam ser a maior necessidade deles, a parte de odonto, eles se identificavam, e ela trazia para a gente. (Eq. 7)

Todas as equipes referiram anotar suas ações nos prontuários da UBS de referência, como as abordagens, as visitas, os atendimentos e as reuniões realizadas. Dessa forma, qualquer profissional da UBS teria acesso às informações documentadas do cuidado pela equipe de CnaR.

A dinâmica para obter o prontuário do paciente fazia parte de uma burocracia da UBS; muitas vezes, segundo a orientação da UBS, seria necessário solicitar o prontuário com antecedência, mas o paciente de CnaR, em geral, não possuía agendamento ou hora marcada e precisava do prontuário imediatamente. Uma das solicitações das equipes era que os prontuários fossem arquivados separadamente e ficassem à disposição da equipe, onde todos pudessem ter acesso rápido. Melhor ainda seria ter um prontuário eletrônico no qual todos pudessem compartilhar seus atendimentos; o acesso seria a senha do computador na hora do atendimento.

A lógica do prontuário estaria de acordo com a demanda do dia, semelhante ao que ocorre no acolhimento. Essa capacidade de organização, nesse sentido, envolve o processo de trabalho da UBS. Existiria também a possibilidade de toda equipe ter um auxiliar administrativo à sua disposição que teria condições de colaborar no levantamento de prontuários e demais atividades administrativas. Mas o ideal seria o prontuário eletrônico.

Se fosse digital seria ótimo, não? Será? (Eq. 5)

Por exemplo... Pra mim, teria um jeito perfeito de funcionar o Consultório na Rua: todos os agentes, mesmo que fosse com um celular com internet, e com um programinha que desse presença paro o usuário, onde ele o encontrasse, porque daí todo mundo podia, né, você pedia autorização para o cara: "posso tirar uma foto sua?" (Eq. 5)

A reunião de equipe semanal é realizada por todas as equipes, ocupando um período de quatro horas de trabalho, podendo ocorrer no período da manhã ou à tarde, em dia fixo da semana. As entrevistas destacaram a importância dessas reuniões por representarem um momento em que todos se encontravam e podiam falar de seus casos, dos problemas que encontravam em seu território de ação, das dúvidas, das dificuldades na abordagem e das angústias da equipe, ocasionadas por vários fatores observados, e também dos sucessos, no decorrer do processo de trabalho.

Nessas reuniões, todo o planejamento da equipe e de cada membro era elaborado. As prioridades eram os casos mais críticos, que necessitavam de maior atenção, como as gestantes, os casos de tuberculose, a visita do médico nas ruas, a discussão com o NASF, CAPS ou SEAS. Enfim, nas reuniões eram discutidas as ações próprias do resultado da atuação da equipe no território que precisavam ser debatidas para a tomada de decisão conjunta.

A reunião de equipe se fortalece desde que todos os membros sejam ouvidos na discussão e que sejam respeitadas as opiniões, independente do grau de instrução de cada pessoa (FARIA *et al.*, 2009).

Também foi relatado que as equipes observavam e identificavam quando um profissional não estava bem, seja por questões físicas ou emocionais e, dentro das possibilidades, era oferecida ajuda.

O processo de trabalho das equipes de CnaR trouxe uma outra realidade aos profissionais da equipe, em especial através da fala do médico. Esse trabalho as fez repensar o modo de atender, ou seja, mostrou que o mais importante, muitas vezes, não é fornecer uma receita escrita, mas sim ouvir, conversar, trocar olhares, oferecer ajuda. Esse trabalho baseia-se integralmente na humanização do cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c). Todos os profissionais das equipes de CnaR necessitam de apoio psicológico para poder desenvolver o trabalho junto às pessoas em situação de rua. Seria importante o reconhecimento e suporte à situação emocional que cada profissional enfrenta no seu dia a dia. O seu trabalho passa tanto pelas múltiplas necessidades de saúde dos usuários, decorrentes da grande vulnerabilidade social, quanto pelas necessidades emocionais de cada profissional, influenciadas pelo próprio processo laboral.

Segundo BRÊTAS e PEREIRA, “*esse trabalho está carregado de uma mistura de emoções e o envolvimento com vários problemas, muitas vezes de difícil solução, o que causa*

angústia nos profissionais” (BRÊTAS e PEREIRA, 2011).

Seria importante a gestão estar sempre atenta à disponibilidade de oferecer apoio psicológico para os profissionais dos CnaR, prevendo a disponibilidade de horário para esse fim. Como por exemplo oficinas com a presença de especialistas e/ou através de pequenos grupos, como rodas de conversas, terapia comunitária ou oficinas temáticas. Essa seria uma maneira de aliviar as tensões geradas, decorrentes das situações enfrentadas no dia a dia; seria um espaço necessário para manter a saúde emocional da equipe.

A nossa reunião de equipe é nas terças à tarde, onde a gente compartilha todos os casos que a gente tem e é onde a gente começa a distribuir as tarefas; quem vai acompanhar, aonde vai, como que vai ser o acompanhamento, os casos mais críticos que a gente tem que dar maior atenção, que são as gestantes, os casos de tuberculose. A gente sempre procura estar atento para ver se estão vindo realmente, se estão aderindo ao tratamento, se estão fazendo o pré-natal direitinho. (Eq.7)

Quarta à tarde nós temos reunião de equipe; aí nós sentamos, colocamos todos os casos. E aí, como todo mundo tem essa certa autonomia, mas que a gente trabalha num sentido só, a gente acaba sabendo um do trabalho do outro. Isso é bem legal. (Eq. 9)

Durante essa reunião, são discutidos casos de todos os pacientes, nossas dificuldades, nossos desafios; é programado o nosso mês e durante a semana, nessa escala, a gente fala o que aconteceu nessas visitas. (Eq. 10)

Então, assim, pelo menos a nossa equipe aqui a gente procura fazer lavagem de roupa suja, trabalhar bem, trabalhar com motivação, tipo cuidando do cuidador ... A reunião também faz esse tipo de discussão, por exemplo, a pessoa diz "hoje não estou bem, estou mal", aí a gente procura levar para o médico atender e, de repente, dispensar a pessoa, porque a gente trabalha com uma população que é muito pesada, então todos da UBS sabem que mexe com o emocional. (Eq.11)

Os encaminhamentos dos usuários para especialidades são agendados pela UBS. Os AS acompanham as consultas de especialidades e exames mais complexos, estabeleciam a ligação entre a equipe, o médico especialista e o usuário.

Segundo o Documento Norteador dos CnaR, as equipes podem ser consideradas de apoio ou de referência para outros pontos de atenção. Tem sido proposto que as equipes das redes de atenção nos territórios, além de matriciadoras nesses diversos pontos, também vão até os hospitais, discutam os casos internados com as equipes hospitalares e procurem acompanhá-los na fase de alta hospitalar. Esse movimento ainda está em fase de organização junto aos hospitais; algumas equipes já são consideradas de referência. (SÃO PAULO, 2016).

A reflexão sobre o processo de trabalho das equipes de CnaR parte dos princípios ou diretrizes constitucionais do SUS que são a universalidade e a igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a organização da rede regionalizada e hierarquizada. É

importante considerar também como a gestão se apropria e incorpora esses princípios no processo de trabalho no território (MATTOS, 2007).

As atividades de cada profissional seguiam as definições do Documento Norteador dos Consultórios na Rua do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2016).

4.2.4 O processo de trabalho da equipe de CnaR nos equipamentos sociais dos territórios

Os atendimentos não se realizam apenas dentro das UBS e nas ruas; existem outros espaços como as casas de acolhida e espaços disponibilizados por igrejas do território.

O atendimento nos equipamentos sociais, são programados pela equipe que inicialmente solicita reunião com a gerência, levantando os problemas locais e discutindo o melhor método de trabalho para aquele equipamento.

O acompanhamento em saúde realizados nos equipamentos sociais eram: consultas, busca ativa de tuberculose, vacinas, teste rápido de sífilis e HIV, resolução de problemas pontuais, grupos educativos de promoção e prevenção de doenças mais comuns predominantes nessa população.

Os horários para o atendimento da equipe eram acordados com os gerentes dos equipamentos, e os casos que precisavam de acompanhamento eram direcionados para o atendimento. A equipe sempre colocava a importância de que pelo menos um técnico do equipamento social acompanhasse o trabalho de saúde proposto, pois ele também se tornaria um técnico de referência em saúde, comprometendo-se na atuação enquanto assistência social.

As equipes procuravam discutir e solicitar a colaboração da assistência social do equipamento visitado nos casos que precisavam ser medicados e solicitava que uma pessoa do equipamento orientasse o usuário na tomada de medicação. Outro problema abordado por algumas equipes era a questão dos hipertensos e diabéticos que, pela dieta restrita, precisavam ser monitorados, o que nem sempre era possível.

Os casos com diagnóstico de tuberculose têm vaga assegurada nos equipamentos sociais até o final do tratamento, graças a um grupo de discussão entre técnicos da saúde e técnicos da SMADS.

Quando vamos fazer uma atividade em um equipamento da assistência social, nós envolvemos os profissionais do equipamento, porque não é uma atividade unilateral, é compartilhada com o equipamento, então, nós precisamos de um anfitrião conosco. O atendimento é como se fosse o mesmo na UBS; no caso da enfermeira, ela examina, ela

ouve porque eles sentem a necessidade de falar, a carência torna o equipamento um consultório. (Eq.10)

As Casas de Acolhida têm contribuído para uma conscientização quanto à necessidade de um profissional da assistência acompanhar os trabalhos das equipes de CnaR, sendo a referência para os problemas de saúde. As equipes de CnaR conseguem dar apoio apenas às Casas de Acolhida que estão em seu território, deixando ainda um grande número de equipamentos sociais sem esse auxílio.

No Canadá, a equipe de saúde atua conjuntamente com a equipe de assistência social nos equipamentos sociais, exemplo de modelo de cuidado de colaboração integrada, o que gera bons resultados para os usuários com a união das equipes. Os motivos para a adoção de tal proposta foram as falhas de comunicação e a falta de coordenação na prestação de cuidados vivenciadas pelas equipes (STERGIOPOULOS *et al.*, 2007).

No município de São Paulo, existem propostas da assistência conjunta entre as SMS e SMADS nas casas de acolhida e demais equipamentos sociais, mas a responsabilidade pelo usuário não é totalmente compartilhada. Um exemplo seria a dificuldade em que o serviço de assistência social assumia também o papel de cuidador do usuário, como a tomada de medicamentos controlados que o usuário não tem autonomia para a automedicação, seria interessante que o técnico da assistência social se responsabilizasse por este cuidado. Por outro lado a saúde tem que estar presente nos casos de convalescência, que são as pessoas com alta hospitalar sem domicílio e que necessitam de cuidados em saúde como medicamentos, avaliação pós-cirúrgica, fato que nem sempre acontece. O ideal seria que houvesse a contratação de um profissional da saúde em todos equipamentos de assistência social.

4.2.5 As equipes de CnaR e as relações intrasetoriais e intersetoriais

As relações intrasetoriais e intersetoriais eram desenvolvidas por todas as equipes e tinham a amplitude do olhar na integralidade do cuidado, priorizando também os aspectos sociais.

De acordo com os relatos, todas as equipes de CnaR tinham uma equipe NASF como referência. O relacionamento com as equipes NASF foi muito elogiado por todas as equipes, principalmente pelo comprometimento dos profissionais. No entanto, número de reuniões conjuntas foi verbalizado como reduzido. Em algumas equipes, as reuniões ocorriam semanalmente

ou quinzenalmente, o que facilitava a condução dos casos, mas, em outras, ocorriam mensalmente, dificultando o seu andamento.

A equipe de CnaR selecionava previamente os casos para discussão com a equipe do NASF. Os casos podiam ser atendidos em consultas compartilhadas ou poderia ser realizada uma discussão de caso com conduta e acompanhamento da equipe de referência e visita conjunta nas ruas.

Duas das equipes de CnaR reforçaram a necessidade de incluir um médico psiquiatra como membro em todas as equipes NASF, pois existiam muitos casos de transtorno mental e dependência de substâncias psicoativas nas ruas que precisavam de orientação e apoio desse profissional.

O NASF que tem a terapeuta ocupacional (TO), tem a assistente social, tem o educador físico, tem fisioterapeuta, tem a psiquiatra, tem a psicóloga. Eles entram uma vez por mês na reunião de equipe, aí, se tem algum caso direcionado pra cada especialidade, a gente passa pra eles. (Eq. 15)

Nenhum paciente chega até o NASF sem o conhecimento do médico ou da enfermeira do CnaR. Quando tem um caso de saúde mental, passa primeiro pelo psicólogo da equipe, para depois, dependendo do caso, passar pelo psiquiatra do NASF. O NASF dá um bom suporte de saúde mental com o psiquiatra. Ele atende o CnaR, as equipes da Estratégia e a UBS. É muita coisa para um psiquiatra, porque o território é gigantesco. (Eq. 10)

Os profissionais do NASF se organizam para dar cobertura para todas as equipes do território, incluindo as equipes de ESF. Para que as equipes NASF possam dar uma boa retaguarda e realizar matriciamento, seria necessário que ocorresse pelo menos duas reuniões mensais para cada equipe de referência.

As equipes NASF e CnaR, com a sua diversidade de profissionais, promovem o cuidado sob a perspectiva da clínica ampliada, realizam o PTS, ampliando as possibilidades e avaliando a pessoa na sua integralidade.

As equipes NASF são essenciais para matriciamento e acompanhamento de casos mais complexos, pois ampliam as discussões técnicas e assumem a responsabilidade do cuidado junto às equipes de CnaR (CAMPOS e AMARAL, 2007).

As equipes de CnaR, em sua maioria, informaram nas entrevistas que realizam reuniões mensais com os CAPS, CAPS AD e/ou CAPS infantis, dependendo da disponibilidade do serviço no território. Existem locais em que os CAPS são distantes o que traz dificuldade de acesso para os usuários e equipes.

Nos territórios onde existem disponibilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as equipes se reúnem mensalmente para discutir os casos de saúde mental e, além do matriciamento dos casos, o acompanhamento é conjunto. Esse serviço é considerado de suma

importância, pois são muitos os usuários com transtornos mentais que se encontram nas ruas e nos equipamentos sociais e, precisam de uma avaliação específica, até para. Além disso, há necessidade de auxílio na prescrição da medicação controlada e é preciso lidar também com o uso abusivo de álcool e outras drogas.

As equipes entrevistadas trabalhavam sob a perspectiva de redução de danos em todos os locais, inclusive nas cenas de uso.

Porque tem as cenas de uso, né ... Nossa referência do CAPS aqui é o do ... Têm as reuniões mensais que a gente participa e a gente tem a psiquiatra do NASF, que também acaba dando suporte para a gente, em alguns casos. (Eq. 15)

Temos os CAPS 3 adultos, CAPS AD e CAPS Infantil e as parcerias são muito boas. (Eq. 4)

E o CAPS de referência daqui é longe. O CAPS que a gente tem aqui é o CAPS Ad, que fica na ..., é muito longe (Eq. 11).

Os CAPS estão distribuídos de forma desigual entre os territórios que compõem os CnaR e alguns deles possuem poucos profissionais, o que restringe o acesso das pessoas em situação de rua.

Nestes casos questiona-se a ausência do psicólogo em pelo menos cinco equipes de CnaR, sendo que a necessidade de acompanhamento em saúde mental se faz necessária.

A organização da linha de cuidado em saúde mental é de suma importância, bem como a retaguarda da equipe que acompanha esses usuários, devido ao grande número de pessoas com transtorno mental que estão nas ruas. Ainda faltam orientações e normas específicas para o acompanhamento da pessoa em situação de rua, com transtorno mental que precisam de assistência diária, inclusive para tomar medicamentos. Em Maceió, e Campinas, embora sejam cidades de menor proporção do que o município de São Paulo, os problemas com a RAPS são similares. (BREDA e AUGUSTO, 2001; CAMPOS *et al.*, 2011).

É importante colocar em pauta a discussão sobre Residências Terapêuticas para casos mais críticos que necessitam de cuidadores junto a instâncias superiores, como o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As relações intersetoriais com a assistência social não ocorria de forma harmônica em todos os territórios. Em muitas regiões, o trabalho era conjunto: uma equipe do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) para pessoas em situação de rua comunicava a equipe do CnaR quando havia um caso que deveria ser avaliado pela saúde e vice-versa. O usuário tinha o cuidado compartilhado, tanto com relação a suas necessidades sociais quanto a

suas necessidades de saúde, mas cada equipe com a sua responsabilidade técnica no acompanhamento.

Uma das equipes mencionou a existência de divergência entre as ações do CnaR e do SEAS, por falta de entendimento do processo de trabalho da saúde. Isso se deveu a um problema pontual, graças à troca de referência da coordenação do serviço de assistência social, gerando um descompasso na atuação da equipe naquele território.

Mas em geral, as equipes de CnaR estavam cientes da dificuldade de se conseguir uma vaga no centro de acolhida, por conta da falta de espaço físico, e as equipes do SEAS entendiam que não seria possível atender um caso de saúde naquele momento por não se tratar de urgência.

O SEAS viu paciente lá na ..., então, ela avisa, porque nós estamos procurando aquela pessoa no território. Aí a gente vai lá e vai atender. Aí a gente já liga para o CAPS, vamos fazer um compartilhamento? Então a gente sai e a gente faz esse compartilhamento, dependendo da situação, e, como já aconteceu, até internações involuntárias, que participavam as 3 equipes em conjunto. Não assume só uma instituição. (Eq.8)

O SEAS e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) nem sempre funciona como esperado, não pelos profissionais que lá atuam, mas existe uma questão hoje com o não entendimento do que é o CnaR. (Eq.10)

A relação intersetorial entre as duas secretarias, SMADS e a SMS, tem evoluído muito, pois atualmente existe uma disposição das gestões para esse entendimento, sendo os problemas sociais sempre pautados em reuniões de território (SILVA e RODRIGUES, 2010).

As equipes SEAS e CnaR devem caminhar sempre juntas, facilitando o compartilhamento dos problemas sociais e de saúde.

As dificuldades existem e os profissionais se esforçam para melhorar as situações do dia a dia. É de fundamental importância que as secretarias caminhem juntas, pois não existe reinserção social e resgate da cidadania sem o suporte social.

Algumas equipes relataram participar de reuniões de microterritório, que eram reuniões mais locais, direcionadas para os serviços da rede local de uma STS em alguns locais também chamadas de Rede Rua . Nessas reuniões, participavam CAPS, SEAS, CnaR, a gestão da STS e algum serviço de referência que pertencesse ao território, a fim de discutir os encaminhamentos para os casos, segundo a opinião técnica de todos os presentes.

Já as reuniões de rede no território eram mais amplas, reuniam os diversos pontos da rede, como hospitais, UBS, CAPS, NASF, Defensoria Pública e Assistência Social, entre outros órgãos que compunham aquele território. Nessas reuniões ocorria discussões de casos, os quais serviam de exemplos para tomada de decisão dos serviços da ponta, cujas soluções podiam ser aplicadas para outros casos. Também serviam como contato dos postos-chaves da rede,

contribuindo e entendendo as prioridades das pessoas em situação de rua. Embora tais reuniões fossem importantes por sua abrangência de pontos da rede, nem sempre era possível solucionar os casos mais complexos, sendo a equipe de CnaR a encarregada de acompanhar cada caso e pensar em outras soluções inovadoras.

O CAPS é aqui mesmo? É aqui do lado. A gente tem uma reunião mensal, que se chama Rede Rua, em que são discutidos todos os casos, transtornos e algumas peculiaridades que têm nessa Rede Rua. Então, vem o serviço da assistência, vem o pessoal que está na rua, tem o CAPS AD, então, fazemos aquela misturada, a gente se reúne para discutir esses casos precisos. (Eq. 8)

Essas reuniões... elas são importantes e, realmente, não são perda de tempo. Isso é importante; são reuniões produtivas porque se faz o matriciamento de casos recíprocos. Não é do especialista para o não especialista, mas, por exemplo, o pessoal do serviço social conversa com o pessoal da saúde, conversa com o pessoal da gestão, conhece melhor a rede os diversos serviços; a rede toma cara, você conhece as pessoas, você vê uma identidade e isso não fica só no papel... e você se capacita conversando com as pessoas. (Eq. 12)

A gente não consegue trabalhar sem a rede, então, manter uma boa relação com a rede para nós é muito importante, é uma preocupação, na verdade. (Eq.5)

A equipe de CnaR tem que promover a costura da rede; ela é responsável por articular todos os pontos de atenção necessários para o cuidado das pessoas em situação de rua. A cada nó na rede há um representante da equipe envolvido, tentando solucionar as dificuldades e matriciar a rede com o tema (SÃO PAULO, 2016).

O caminhar na rede envolve todos os pontos de atenção, como UBS, SAMU, CAPS, CAPS AD, CAPAS infantil, PS, Atenção Secundária, Atenção Terciária e a intersecção com outras secretarias, como Assistência Social, Trabalho, Habitação, Educação e Direitos Humanos, dentre outras (CECÍLIO, 2011).

Segundo BARATA *et al.* (2015)

“...o desafio que se coloca para a formulação de política de saúde é incorporar as representações e as práticas de cuidados para as pessoas em situação de rua, como também de todos os serviços de saúde, como ponto de partida da organização da assistência. Incluindo também os serviços sociais como o resgate da cidadania”.

4.3 AÇÕES CONSIDERADAS BEM-SUCEDIDAS PELAS EQUIPES DE CNAR E AS SINGULARIDADES

Em relação às ações no processo de trabalho consideradas bem-sucedidas pelas equipes, as falas dos entrevistados foram muito interessantes e enunciadas após a questão ter sido bem pensada, com a autorreflexão dos entrevistados.

Um dos pontos considerados bem-sucedidos foi a parceria da equipe, o aprendizado com

os próprios profissionais, a troca de saberes entre todos os componentes, na direção de uma complementação das ações do processo de trabalho.

Também foi apontada a existência de uma pasta com anotações relevantes dos casos em acompanhamento e o PTS, um instrumento facilitador no processo de trabalho.

Outro elemento destacado foi o Google Tradutor, ferramenta descoberta pelas equipes devido às necessidades do dia a dia no atendimento aos imigrantes em situação de rua. Essa ideia poderá ser utilizada por outras equipes.

O “Papo de Corredor” foi considerado importante para a comunicação durante a alta do usuário do PS ou hospital, tendo a equipe de CnaR como referência.

A transferência de profissionais para outras equipes, após alguns anos de trabalho, foi relatada como benéfica, para motivar o profissional a um novo desafio, em outro território, com novos relacionamentos com os usuários e profissionais da equipe. Isso também pode contribuir para o aprendizado, já que uma equipe nunca é igual à outra.

A parceria na equipe, essa comunicação, essa dinâmica... Isso acontece não só com os técnicos, de técnico para técnico, os auxiliares, a gente tem muito essa parceria com os auxiliares, precisa disso. Não é porque eu sou enfermeira que ela, a agente social, não vai me ensinar; é uma troca, ela tem muito para me ensinar, eu tenho algumas coisas para passar. Então, é uma troca. (Eq. 3)

Uma pasta com todas as anotações necessárias para o acompanhamento do paciente. Diariamente, se anota cada caso, o que foi realizado, e isso torna a nossa vida mais ágil, todos podem ter acesso à pasta e ter a informação do seguimento do paciente. É, na verdade, um resumo dos casos mais complicados e as experiências exitosas da equipe. (Eq. 5)

Utilização da ferramenta “Google tradutor” para o paciente que só falava inglês. O paciente tinha um preparo de exame para fazer. Todo o preparo foi traduzido para o inglês no Google e, impresso, esse documento foi entregue ao paciente, que leu e entendeu o que era para fazer; no outro dia estava tudo certo, e conseguiu realizar o exame. (Eq. 5)

Projeto “Papo de Corredor” é onde ocorrem as altas de PS e hospital, onde a equipe participa da alta e recorre junto com a assistente social o retorno para a família, se o paciente desejar, ou local para casa de acolhida. (Eq. 13)

A transferência do profissional de equipe. O profissional, com muitos anos acompanhando o mesmo território, acaba perdendo o interesse, não tem nada de novo. Quando a interlocução faz esse movimento de mudanças, isso é bom, é um aprendizado também; O território é diferente, a UBS é diferente, você vai acrescentando conhecimento, só agrega valores. (Eq. 8)

A proposta é que o médico de uma equipe possa visitar outra equipe e vice-versa, a troca de experiências entre as equipes, nós aprendemos comparando. (Eq. 12)

A ação considerada pelas equipes como mais bem-sucedida foi a realização de trabalhos em grupos. Sua finalidade é promover o vínculo e estimular a aproximação das pessoas em

situação de rua com a equipe de CnaR e equipe da UBS, também informar sobre os serviços da saúde e estimular a adesão ao cuidado em saúde e tratamento de doenças. Os grupos são realizados nas ruas, nos equipamentos sociais e nas UBS.

Cada grupo tem um objetivo a ser atingido e, conforme são observadas as necessidades em saúde na população do território, as equipes planejam e organizam um grupo a partir de um tema. Este é escolhido para abordar necessidades em comum de várias pessoas num território. Assim, os grupos são ações, resultados da percepção das equipes de CnaR que foram introduzidas no processo de trabalho.

Segundo as entrevistas, alguns grupos objetivavam a troca de experiências no fortalecimento do vínculo e da autoestima, adesão ao pré-natal, promoção da consulta odontológica, interações direcionadas a pessoas com transtorno mental.

As ações em grupos têm se mostrado essenciais no processo de trabalho das equipes de CnaR e poderiam ser desenvolvidas e ampliadas de acordo com a necessidade sentida nos territórios. A relação dos grupos realizados pelas equipes estudadas, assim como seus objetivos, encontram-se no Apêndice D.

Nos depoimentos, destacamos alguns grupos, tanto pela relevância da temática abordada, quanto pela capacidade do processo de trabalho resultar em ações práticas:

*A **terapia comunitária**, realizada em um dos equipamentos do território, semanalmente, onde qualquer pessoa pode participar, a equipe que coordena o processo e todas as pessoas presentes que queiram falar, estarão sendo ouvidas, e um dá força para o outro; o caso de um serve de exemplo para o outro e tira aquela pressão, põe para fora as angústias. (Eq. 3)*

Objetivo: promover atividade em grupo, com a possibilidade de troca de experiências e expressão de sentimentos e vivências. *O **chá de bebê** é uma ação realizada bimestralmente; é um encontro como uma festa, para acolher as gestantes do território, com a finalidade de reforçar a importância de realizar o pré-natal. Muitas delas vêm do Norte e Nordeste do país, onde suas mães ou avós não faziam o acompanhamento de pré-natal e é necessário desmistificar essa noção de que se não fazer o pré-natal não tem problema. Há toda uma articulação da equipe no seguimento do pré-natal, e se observou que, com o chá de bebê, a aderência é maior. Nesse espaço, são distribuídos presentes como fraldas e roupinhas conseguidas através de doações. (Eq. 7)*

Objetivo: conscientizar a usuária gestante sobre a necessidade de realizar o pré-natal e fortalecer o vínculo, a autoestima e a responsabilidade.

*O **terrário terapia** é um grupo que ensina a plantar mudas de plantas em vidros. O grupo atende uma cooperativa de reciclagem, e a equipe orienta as pessoas a guardarem os vidros para o plantio. A equipe faz capacitação de como plantar e como cuidar das plantas e o grupo passa a mexer com a terra; faz parte da terapia, e cada pessoa planta a sua muda e acompanha o crescimento. Esse processo funciona como redução de danos, processo de trabalho manual, comunicação entre as pessoas e reforça o vínculo. A*

hortoterapia é um grupo direcionado para usuários com transtorno mental acompanhados pela equipe e que frequentam o CAPS. Com esse grupo, a equipe ensina a plantar, a mexer com a terra, em um espaço onde temos as hortas. (Eq. 8)

Objetivo: propiciar contato com a terra, ver e colher o produto do seu trabalho, promover a autoestima, redução de danos e fortalecer o vínculo.

*Grupo **Passeio na Pinacoteca** é realizado uma vez por mês e tentamos inserir as pessoas em situações novas, é o momento deles ficarem fora da cena de uso, porque são umas 3, 4 horas. Todos se comportam direitinho. Esse grupo é realizado com o Centro de Acolhida do território. Dentro da Pinacoteca tem os monitores e, cada vez que levamos o grupo, os monitores fazem uma atividade diferente com as obras de arte, com os quadros, os passeios... Já teve passeio no Museu do Futebol, já teve passeio para o Museu do Relógio. (Eq. 15)*

Objetivo: inserir as pessoas em situações novas, introduzir momentos em que os usuários fiquem fora da cena de uso, proporcionando redução de danos e autoestima.

*O grupo de **arteterapia** na praça tem a intenção de promover momentos de descontração, onde participam alguns profissionais, como médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e AgS, e cada um tem um olhar diferente. A pessoa vem para desenhar e utiliza essa oportunidade para se aproximar. A pessoa participa naturalmente, se desejar, e a equipe não pega o desenho de volta. Esse grupo de arteterapia tem a finalidade de criar aproximação e vínculos. (Eq. 9)*

Objetivo: promover a comunicação por intermédio da expressão artística, o contato com sentimentos, emoções, conflitos, dentre outros, durante e após o processo de expressão. E ainda fortalecer a autoestima e a motivação entre os participantes.

***Café com voluntários** ocorre uma reunião duas vezes por semana, onde os voluntários oferecem café às pessoas em situação de rua. A equipe também participa e fica à disposição das pessoas que quiserem conversar, tirar uma dúvida, saber o que faz uma equipe de saúde, criamos vínculos. A equipe realiza ação muito importante também com os voluntários, onde a enfermeira faz uma reunião mensal para os voluntários de como lidar com morador de rua. Os temas principais são: o que são as drogas e quais efeitos que elas provocam nas pessoas. Nesse local acontecia muito atrito por desconhecimento da situação de saúde dos voluntários. Muitas vezes, a pessoa chegava alcoolizada, agressiva e a voluntária não sabia, às vezes porque tinha usado maconha, efeito do crack, agitado, toda hora mexendo, se levantando, elas achavam que era uma afronta com as reuniões, as voluntárias passaram a aceitar e ajudar as pessoas. (Eq.13)*

Objetivo: promover o diálogo e fortalecer o vínculo com os usuários e, ao mesmo tempo, promover a capacitação dos voluntários para lidar com pessoas em situação de rua.

*O **grupo mosaico** é um grupo de interação, idéia da psicóloga, encaminha pacientes no grupo, uma vez por semana, tem algumas pessoas em situação de rua que têm dificuldade até para falar, então ela precisa daquela peça, daqui a pouco está interagindo melhor, e isso melhora, elas vêm toda semana, sabem o horário, são pacientes que não tem perfil de CAPS mas não dá para deixar solto, como vamos trabalhar, não é psicótico, não está em crise, então o trabalho manual é de interação. O grupo é de pacientes muito embotados, são pequenas coisas que fazem a diferença. (Eq. 14)*

Objetivo: oferecer grupo de interação direcionado a pessoas com transtorno mental que não têm perfil de CAPS.

Grupo de estímulo à mobilidade física dentro dos equipamentos sociais. Esse grupo é realizado com a colaboração do NASF. Esse grupo ocorre quinzenalmente com a presença da fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, psicólogo, educador físico, além da equipe de CnaR. As pessoas com mobilidade física reduzida eram chamadas para participar dos grupos e tinham dificuldade de manter suas atividades da vida diária por alguma sequela e focava essa necessidade. As equipes tinham o papel de manter as orientações passadas pelo grupo, duas vezes por semana, para as pessoas não esquecerem o exercício. As pessoas que tinham dificuldade de aceitar trabalhar em grupo, tinham atendimento individual. (Eq. 16)

Objetivo: estimular as pessoas com mobilidade reduzida, através de exercícios orientados por fisioterapeutas, no sentido de melhorar a sua mobilidade física e autoestima.

A maioria das equipes tinha a percepção do resultado positivo no processo de trabalho dos grupos realizados com os usuários que estavam no território de abrangência, seja nas ruas, nos equipamentos sociais ou nas UBS.

Estes grupos têm uma real importância para os usuários, representam momentos de aproximação com a equipe com ações de promoção da saúde, no qual se promove a valorização das pessoas, e redução de danos e a reinserção social. Os encontros propiciam ocasiões especiais dedicadas exclusivamente para as pessoas em situação de rua, são momentos de aprendizado para ambas as partes. A equipe aprende com as discussões nos grupos, as pessoas em situação de rua trazem um pouco da sua vivência, falam das dificuldades, das conquistas e das perdas. Os grupos são considerados atividades de educação em saúde e estímulo ao autocuidado.

Os grupos geram transferência de conhecimento para todas as equipes como produção específica do aprendizado no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Quanto às ações bem-sucedidas no processo de trabalho das equipes de CnaR, esperava-se que as equipes revelassem ações inovadoras a partir do acúmulo de experiências e vivências no território. Todas as equipes apontaram ser de suma importância, para a formação de vínculo e promoção à saúde, as ações realizadas em grupos nos diversos equipamentos, no entanto, podendo ser considerado inovador a capacidade das equipes estarem sempre criando novos grupos dentro das necessidades de saúde do território.

4.4 OS DESAFIOS DAS EQUIPES DE CNAR

Lidar com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi um dos maiores desafios, segundo o que apontaram as equipes. Entre os fatores destacados estava a dificuldade no

cuidado da pessoa com transtorno mental nas ruas, o déficit de leitos para desintoxicação no CAPS 3, a dificuldade de acesso à RAPS, déficit de recursos humanos no CAPS.

A questão do meio de transporte, necessário tanto para levar o usuário para outros serviços quanto para a equipe se locomover dentro do território, também foi uma dificuldade muito citada. Esse tema deve ser avaliado, principalmente no que diz respeito aos territórios de maior extensão, pois cada equipe precisa de um carro para transportar os profissionais aos diversos territórios, além dos usuários para as UBS para consultas agendadas nas especialidades, CAPS adulto, CAP AD, PS e equipamentos da SMADS. É também importante dispor de transporte adaptado para pessoas com dificuldade de locomoção e cadeirantes.

O acesso à higiene pessoal do usuário também foi um problema relatado como significativo. Trata-se de uma questão social e sugere-se que todos os equipamentos de SMADS disponibilizem local para banho, durante 24 horas, para pessoas acolhidas ou não, pois as UBS não dispõem de área para banho de usuário.

Os serviços de urgência e emergência também foram apontados como de difícil acesso, nos quais não só o usuário em situação de rua, mas também o profissional que o acompanha encontra barreiras.

A comunicação na rede de serviços foi igualmente considerada falha, pois, muitas vezes, as equipes envolvidas em novos projetos nos territórios não contaram com a informação direcionada aos profissionais.

Quanto ao atendimento da demanda das equipes, a rede foi apontada como insuficiente para todo o território. Essa situação depende muito do serviço envolvido, da especialidade requisitada e da demanda existente.

Após o tratamento, através de internação do CAPS AD, há necessidade de se implantar mais Residências Terapêuticas, só o CAPS não é o suficiente, gera uma frustração. (Eq. 1)

Problemas de acesso com a saúde mental, o nosso respaldo é falho, os nossos pacientes estão adoecidos, precisam de ajuda e, no momento, o que podemos fazer é apoiá-los, e eu sinto que cada vez mais vai aumentar, eu creio... se pudesse, se tivesse condições uma casa terapêutica que eles pudessem estar ficando com os cuidados, tendo apoio e também apoio de outras parcerias, que pudessem nos ajudar em relação a isso (Eq. 10)

Outra dificuldade desse território é a relação com a saúde mental, porque a nossa referência para CAPS adulto fica muito fora da nossa área de abrangência, faz parte de outra supervisão, então, a acessibilidade é muito ruim. (Eq. 7)

Saúde mental e leitos para desintoxicação. Outro problema é levar duas vezes por semana para fazer terapia, agora a médica psiquiatra vem uma vez por mês, iniciando nas questões imediatas; não tem solução. (Eq. 4)

A gente tem uma dificuldade muito grande de transporte. Nós temos uma cota de deslocamento que não é compatível com aquilo que a gente necessita. Não é suficiente. Nosso território é muito grande. Uma perua não comporta, por isso que tem esse deslocamento, a perua vai fazer um serviço, mas os outros também precisam. Todo mundo precisa. Os técnicos acabam precisando também, porque a maioria vem para os agentes, para poder se deslocar. (Eq. 8)

Outra dificuldade que a gente tem no nosso território é que tem muitas pessoas em situação de deficiência física, é a questão do transporte. Então a gente tem transporte só duas vezes por semana. (Eq. 3)

Espaço adequado na UBS: pelo menos um banheiro para entrar com dignidade na UBS, se possível com chuveiro. Eles não percebem que estão evacuados, não se reconhecem. (Eq. 4)

A dificuldade do paciente não estar em condições higiênicas adequadas, porque a gente vem com o paciente e, além dele estar em condições difíceis, ele mesmo fala "ah, mas eu não quero ir assim desse jeito, eu não quero estar em meio às pessoas desse jeito". Como que a gente oferece um banho? A gente tinha um banheiro, mas não está funcionando. O Caps lá em cima é difícil para eles, porque eles já têm a sua demanda. Porque muitas vezes ele pede, ele quer vir na consulta, mas ele gostaria muito de tomar um banho, não que nós vamos vincular banho na UBS. Você vai passar pela consulta médica, pelo procedimento, você vai tomar banho. Não é assim; chega e toma um banho também, acho que não pode banalizar lá dentro. Mas acho que nós teríamos que ter um banheiro reservado para o Consultório na Rua. (Eq. 9)

No PS temos uma dificuldade no acolhimento e no atendimento ao paciente em situação de rua. Os locais não têm um bom acolhimento para a população em situação de rua. Por mais que seja na região ..., não tem um bom acolhimento com eles. E a solução seria uma sensibilização dos profissionais do PS. Agora, como conseguir essa sensibilização para quem é insensível, aí é outro departamento. Até o AgS que acompanha é discriminado. A barreira já começa na recepção. (Eq. 5)

As questões relativas à saúde mental apontadas como dificuldades do processo de trabalho das equipes, estariam diretamente relacionadas à gestão da rede. No que concerne aos equipamentos do território e à dificuldade de acesso a eles, seja por déficit de profissionais, distância ou falta de equipamento mais próximo, caberia à gestão avaliar e promover as pactuações e/ou sinalizar os caminhos a serem percorridos na RAPS. Quanto a acompanhar o usuário com transtorno mental ao CAPS, caberia à equipe se organizar de um modo que fosse possível contemplar essa necessidade, até que se possibilite a autonomia desse usuário, discutida em PTS, e também providenciar junto ao CAPS a vinda do profissional até a UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

A questão da humanização no atendimento dos diversos pontos dos serviços de saúde tem como preceito a capacitação das pessoas por meio de educação permanente. A política da humanização busca interferir na qualificação da atenção e da gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

Os pontos dependentes de recursos estruturais, como a viabilidade de transporte, de

acordo com as necessidades dos profissionais da equipe de CnaR, o acesso a pessoas com mobilidade reduzida e as questões de higiene pessoal e necessidades fisiológicas precisam ser discutidas entre instâncias intersetoriais e contratuais dos convênios parceiros. Portanto, cabe à gestão dos contratos da saúde avaliar a quantidade de carros, convencionais ou adaptados para cadeirantes, e os deslocamentos necessários. Já as questões relacionadas à disponibilidade de acesso a banheiros e higiene pessoal, durante 24 horas, são questões a serem discutidas no âmbito social.

A falta de vagas em Centro de Acolhida feminino, as vagas no Centro Pop, a integração entre as equipes do SEAS e CnaR, a reserva de vagas em Centros de Acolhida para tratamento de saúde, assim como as necessidades básicas de higiene, foram problemas apontados que dizem respeito à infraestrutura, organização dos equipamentos e processo de trabalho conjunto.

As ações de zeladoria têm apresentado alguns problemas como: mudança do usuário do local, perda do vínculo com a equipe, perda de documentos e pertences.

A dificuldade de acesso ao Conselho Tutelar em alguns locais, tem sido um fator de dificuldade na resolutividade dos casos.

A São Paulo Transportes alterou as regras para obtenção do bilhete único, solicitando que o laudo fosse avaliado e assinado por dois médicos o clínico e o especialista, contendo mais informações para que o usuário obtivesse o bilhete único, podendo, assim, comparecer a consultas fora do território. Anteriormente o laudo do clínico era o suficiente para obtenção do bilhete único, o que impacta nessa nova condição é que para passar no especialista existe uma fila de espera na regulação.

Uma das dificuldades que eu vejo no momento seria mais a integração da assistência social com a saúde, no caso, o SEAS com a equipe de Consultório na Rua. Eu acredito que é um problema pontual desse território. Eu converso com pessoas de outro território e não vejo que tem tanta dificuldade. (Eq. 7)

Não temos nenhum Centro de Acolhida Feminino, a gente sofre bastante, a gente não tem serviço para isso. Quando a gente solicita, também o local não tem onde encaminhar essa pessoa, que é uma das grandes dificuldades nossas; é a gente não ter um Centro de Acolhida. Então, a nossa maior dificuldade é conseguir vaga no Centro de Acolhida e serviços de higiene para gestante, mulheres, casais. (Eq. 8)

Faltam vagas nos centros de acolhida, que seriam destinadas para pacientes da saúde em tratamento. (Eq. 1)

Dificuldade de acesso ao Centro de Acolhida feminino; não existe no território. (Eq. 4)

O SEAS e o CRAS aproveitam muito pouco o serviço do CnaR; nós dois atendemos as mesmas pessoas que estão na rua e, poucas vezes, a gente conversa. Ele faz um trabalho e eu faço outro; nós dois somos órgãos municipais, trabalhando em prol de uma política pública para aquelas pessoas, mas ela não está sendo atendida na sua totalidade e os dois

estão queimando 100% do seu esforço, só que quando atinge o paciente a gente não consegue 50%, acho que essa aproximação é fundamental para a efetividade do trabalho; hoje é um desafio que tem que ser compartilhado, é urgente. (Eq. 10)

A gente está tendo dificuldade com o Centro Pop, que reserva umas vagas. Então, o equipamento aqui na minha porta tem a vaga, tem o leito disponível, mas ele não pode ceder porque é uma questão que tem que passar pelo CREAS, que tem que ir não sei onde. (Eq. 3)

Local para dar banho nas pessoas em situação de rua, temos que pedir um favor para o Centro de Acolhida e os CAPS AD, que são parceiros. Entendo que deveria ter um local de referência para banho. Por exemplo, preciso levá-lo para fazer uma tomografia, mas está rasgado, urinado, sem condições. Nós temos um espaço para guardar roupas doadas que eles precisam. (Eq. 4)

As ações de zeladoria também são problemáticas. Ocorre que, de um dia para o outro, você tem, ali, 40 usuários e de, um dia para o outro, você não tem nenhum, e você não sabe onde eles estão, então você fica procurando, fica esperando encontrar, perguntando onde que estão entendeu? (Eq. 5)

Dificuldade de acesso ao Conselho Tutelar, que é complicado e tem uma visão totalmente diferente da nossa equipe; já chamamos para reuniões de rede e eles nunca vêm. (Eq. 8)

São Paulo transportes criou dificuldades para obter o bilhete único especial. Antigamente, era só um médico clínico que dava um laudo para o paciente poder receber o bilhete único. Então, o que ocorre é que a SPTrans criou essa dificuldade de o laudo ter que estar assinado por 2 médicos: um médico clínico e um médico especialista, só que, às vezes, o especialista só tem agenda daqui a um ano. Esse bilhete proporciona inúmeros benefícios: facilita o acesso nas consultas, no CAPS, especialistas. Coitada dessa pessoa que vai ficar um ano sem o bilhete único dele que ajudaria. Aí ele desmotiva também a não ir no atendimento, ele fala "vou lá ..., não tenho condução, o abrigo não me ajuda" Tem coisa que não dá para esperar. (Eq. 11)

A gestão da SMADS tem avaliado as necessidades de serviços nos territórios, conforme a demanda apontada, e promover ou contratar serviços, de acordo com as possibilidades, avaliando a disponibilidade de recursos humanos e financeiros.

Atualmente, já existe uma articulação entre a SMADS e SMS, possibilitando, assim, a integração dos serviços do SEAS com a equipe de CnaR. Essa integração é pautada em ações conjuntas, em especial nos locais onde há dificuldade de entendimento do processo de trabalho.

Sugere-se a articulação com o CREAS sobre a reserva de vagas para pessoas em tratamento de saúde, a exemplo do que ocorre com os casos de tuberculose. Do mesmo modo, é necessária a aproximação com a Secretaria de Transportes e da SP Transporte, com o intuito de rever a questão da disponibilidade do bilhete único para casos de pessoas em tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de trabalho das equipes de CnaR, modelo implantado no município de São Paulo há cerca de seis anos, aponta algumas singularidades das ações dessas equipes e alguns desafios ao Programa.

As semelhanças no processo de trabalho das equipes estudadas parece ter ocorrido tanto por utilizarem ferramentas e tecnologias similares, quanto pela experiência acumulada.

O território de abrangência das equipes de CnaR influencia o processo de trabalho frente às necessidades encontradas tanto pela extensão, quanto pelo número de pessoas em situação de rua, quanto pela disponibilidade de equipamentos sociais e de saúde.

O trabalho das equipes de CnaR desenvolvido nas ruas é a principal estratégia no cuidado à saúde para as pessoas em situação de rua, pois é, na rua que, frente a grandes desafios, muitas ações são criadas, e onde em geral ocorre o acolhimento e se estabelece o vínculo. Tendo sido sugerido pelas equipes entrevistadas que a discussão e/ou compartilhamento dessas ações desafiantes, tanto para outras equipes, quanto aos profissionais da UBS, poderiam incentivar o desenvolvimento do processo de trabalho junto a essa população. A maior visibilidade dessas ações poderia também colaborar para o maior acesso dessas pessoas pela porta de entrada para o cuidado integral a saúde, o que além de organizar a linha de cuidado na UBS, possibilitaria que as equipes de CnaR possam centrar suas ações principalmente nas ruas.

Diante das complexidades da Atenção Básica no cuidado às pessoas em situação de rua, com inúmeras necessidades de saúde, pela grande vulnerabilidade social, a pesquisa realçou também a importância da gestão da UBS na escuta das equipes para conhecer os nós críticos. E assim, poder articular a comunicação entre as diversas instâncias, tanto do trabalho na rua, quanto da UBS, quanto da formação de rede com outras instituições de saúde e de outros setores. A fim de que se possa viabilizar com equidade e integralidade no acesso à atenção à saúde dessas pessoas, como por exemplo, o encaminhamento dos casos com transtornos mentais, pessoas com dependências de substâncias químicas, mas também para o encaminhamento de vagas para casa de acolhimento. A participação da gestão da UBS, também, muitas vezes, se faz necessário, como numa intervenção rápida e eficiente, para muitos e urgentes desafios na rede de atenção para o cuidado às pessoas em situação de rua do território.

O estudo considerou também relevante que o programa de educação permanente em saúde da Atenção Básica, promova o desenvolvimento profissional da equipe de CnaR, cujo complexo e pouco conhecido processo de trabalho na linha de cuidado às pessoas em situação de rua, possa ser realizado e ampliado dentro das premissas da integralidade e equidade das

ações do SUS.

Os profissionais que prestam atendimento contínuo à população em situação de rua aprimoram no dia a dia o cuidado nos preceitos da Humanização. E, diante da alta vulnerabilidade social, é preciso exaltar a grande sensibilidade das equipes de CnaR ao acolhimento, o qual promove o vínculo e que, muitas vezes, é o que possibilita o cuidado em saúde da pessoa em situação de rua.

O projeto inicial desta pesquisa incluía também a análise de relatórios qualitativos elaborados mensalmente pelas equipes, porém, como não foi possível alcançar esse objetivo. No entanto, esse material permanece como um campo em aberto para uma nova pesquisa, a qual poderia levar à informatização da coleta de dados, podendo propiciar avaliação permanente para o desenvolvimento desse cuidado.

Outra possibilidade de pesquisa seria estudar o cuidado sob a percepção das pessoas em situação de rua, enquanto usuárias do Sistema de Saúde. Outro ponto, seria observar a percepção da Gerência da UBS do processo de trabalho das equipes de CnaR.

São Paulo, a maior cidade do Brasil, além dos grandes avanços já alcançados, precisa enfrentar e aprimorar o cuidado à saúde das pessoas em situação de rua, a qual vem aumentando em número e necessidades de saúde pela alta vulnerabilidade social.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayres JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Ayres JRCM. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERF/ABRASCO; 2007.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):16-29.

Barata RB, Carneiro N Jr, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc. 2015;24(Supl. 1):219-32.

Bardin L. Análise conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

Barros MEB, Barros RB. A potência formativa do trabalho em equipe no capô da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2007. p. 75-84.

Bertoni N, Vasconcellos M, Bastos FI. Uso do método Time Location Sampling (TSL) para acessar os usuários de crack e/ou similares no Brasil-desenvolvimento do Inquérito Epidemiológico. Aspectos Conceituais e metodológicos básicos. In: Bastos FI, Bertoni N, organizadores. Pesquisa nacional sobre o uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014. p. 23-30.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [internet]. [S.l.]; 2008 [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: <http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20População%20em%20Situação%20de%20Rua.pdf>

Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [internet]. [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm

Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências [internet]. [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm

Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [internet]. [acesso em 18 jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas [internet]. [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

Ministério da Saúde (BR). 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) [internet]. [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua [internet]. [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.htmh

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [internet]. [acesso em 20 ago 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

Breda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência Saúde coletiva*. 2001;6(2):471-80.

Brêtas ACP, Pereira CMC. A ética do cuidado às pessoas idosas em situação de rua. *Revista Portal de Divulgação*. 2011;(17):16-20.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico operacionais para reforma do hospital. *Ciência Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-59.

Campos RO, Gama CA, Ferrer NA, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Rev Cien Saúde Col*. 2011;16(12):4643-52.

Carneiro N Jr, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*. 2010;19(3):709-16.

Carneiro N Jr, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*. 1998;7(2):47-62.

Carneiro N Jr, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1827-35.

Ceccim RB, Feuerwreker LM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.

Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2011;15(7):589-99.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.

Connelly J, Crown J. Homelessness and ill health. London: Royal College of Physicians, 1994.

Countrymeters. População dos Estados Unidos da América [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 18 out 2016]. Disponível em: [http://countrymeters.info/pt/United_States_of_America_\(USA\)](http://countrymeters.info/pt/United_States_of_America_(USA))

Countrymeters. População mundial [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 18 out 2016]. Disponível em: <http://countrymeters.info/pt/WorldA>

Countrymeters. População na Bélgica [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 17 out 2016]. Disponível em: <http://countrymeters.info/pt/Belgium>

Crane M, Warnes AM. Primary health care services for single homeless people: defects and opportunities. *Fam Pract.* 2001;18(3):272-6.

Docteur E, Suppanz H, Woo J. The US Health System: An Assessment and prospective directions for reform. Paris: OECD Publishing; 2003. (OECD Economics Department Working Papers; n. 350)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados do Brasil [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 16 dez 2016]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=3550308>.

Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG: Coopmed; 2009.

Francisco G, Espíndola L. Consultório na rua do Recife: uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In: Teixeira M, Zilma F. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 137-46.

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 19 jan 2018]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%2015%20-%20OUT%2015.pdf.

Gonçalves R, Mendes B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Goyer CF. National Health Care for the Homeless Council. Key elements of integrated care for persons experiencing homelessness: a guide for health care for the homeless providers [internet]. [S.l.]: [s.n.]; 2011 [acesso em 25 set 2016]. Disponível em: <http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2011/10/Key-Elements-of-Integrated-Care.pdf>.

Homeless Word Cup. Global homelessness statistics [internet]. [S.l.]; [s.n.] [acesso em 17 out 2016]. Disponível em: <https://www.homelessworldcup.org/homelessness-statistics/>.

Homelessness around the world [internet]. [S.l.]; [s.n.] [acesso em 20 out 2016]. Disponível em: http://archive.boston.com/bigpicture/2011/12/homelessness_around_the_world.html.

Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health*. 2013;103(Suppl 2):S294-301.

Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ*. 2001;164(2):229-33.

Ilha S, Dias MV, Backers DS, Backers MTS. Vínculo profissional - usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Cuid*. 2014;13(3):556-62.

Jorge JS, Corradi CM. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Sau Transf Soc*. 2012;3(1):39-48.

Jorge JS, Moreira RD. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: Teixeira M, Zilma F. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 125-36.

Manchini VM. Experiência da Equipe PSF Sem Domicílio, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. In: Teixeira M, Zilma F. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 100-21.

Maness DL, Khan M. Care of the homeless: an overview. *Am Fam Physician*. 2014;89 (8):634-40.

Martins DC. Experiences of homeless people in the health care delivery system: a descriptive phenomenological study. *Public Health Nurs*. 2008;25(5):420-43.

Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio de integralidade. In: Ayres JRCM. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2007.

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Observatório dos Técnicos em Saúde, organizadores; Pereira IB, Lima JCF, coordenadores. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 278-284.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.

Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. Democracia e saúde a Luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-42.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Nota técnica conjunta 2012 [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/201204_12004951716.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília; 2004.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília; 2012.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília; 2010.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 12 ago 2016]. Disponível em: <http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>.

Munaretti I. Experiência da ESF sem domicílio de Porto Alegre. In: Teixeira M, Zilma F. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 122-24.

Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Texto para discussão 2246. Brasília: IPEA; 2016.

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 427-32.

National Alliance to end Homelessness. Frequently asked questions, 2012 [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 15 out 2016]. Disponível em: <http://www.endhomelessness.org/pages/faqs>.

Nery Filho A, Valério ALR, organizadores. Módulo de capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010.

O'Carrol A, O'Reilly F. O. Health of the homeless in Dublin: has anything changed in the context of Ireland's economic boom? *Eur J Public Health*. 2008;18(5):448-53.

Organização das Nações Unidas (WHO). Commission on Human Rights. Economic, social and cultural rights. Report of the special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, Miloon Kothari [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 12 fev 2018]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/117/55/PDF/G0511755.pdf?OpenElement>.

Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000;16(1):71-9.

Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 419-25.

Riley AJ, Harding G, Underwood MR, Carter Yh. Homelessness: a problem for primary care? *Br J Gen Pract*. 2003;53(491):473-9.

Sá MC. On fraternity: a psychosociological view of healthcare and the humanization of healthcare practices. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2009;13(Supl. 1):651-64.

São Paulo (Município). Decreto nº 53.795 de 25 de março de 2013 institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua - Comitê PopRua [internet]. [acesso em 10 ago 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/DECRETO%20N%2053_795_25_03_201.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Núcleo de Pesquisas em Ciências Sociais. Censo da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo [internet]. [acesso em 20 nov 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Monitoramento/censo2011.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Núcleo de Pesquisas em Ciências Sociais. Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde [internet]. [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo - Produto XV: complemento do relatório final do censo e pesquisa amostral de perfil socioeconômico e de identificação das necessidades [internet]. [acesso em 14 ago 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%2015%20-%20OUT%2015.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria de Assistência Social e Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. Levantamento censitário e caracterização sócio-econômica da população moradora de rua na cidade de São Paulo [internet]. [acesso em 20 nov 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Pesquisa/1.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Compartilhando lições aprendidas. Coordenação da atenção básica - SMS-SP. Parte I - Um olhar sobre políticas públicas. Programas prioritários. São Paulo; 2011.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Estimativa do número de pessoas em situação de rua da cidade de São Paulo em 2003 [internet]. [acesso em 13 ago 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Pesquisa/estimativa_pessoas_em_situacao_de_rua_2003.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS. Censo da população de moradores em situação de rua e caracterização socioeconômica da população adulta na cidade de São Paulo [internet]. [acesso em 20 nov 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Pesquisa/6.pdf.

São Paulo (Município). Sistema Único de Saúde. Documento norteador dos consultórios na rua [internet]. [acesso em 10 dez 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>.

Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enfermagem*. 2010;63(5):762-9.

Silva NEK, Oliveria LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4 Supl):108-16.

Stergiopoulos V, Rouleau K, Yoder S. Shelter based collaborative mental health care for the homeless. *Psychiatric Times*. 2007;24(8):23-6.

Stergiopoulos V. Collaborative Approaches to Community-Based Mental Health Care for Homeless People: Toronto's Inner City Health Associates. In: Guirguis-Younger M, McNeil R, Hwang SW. Homelessness and health in Canada. Ottawa: University of Ottawa Press; 2014.

Teixeira M, Sampaio C, Lima C, Antunes V, Lima JD, Araújo A, et al. Promoção da saúde: relato de experiência da equipe do consultório de rua do teias - Escola Manguinhos - Ensp/Fiocruz. In: Teixeira M, Zilma F. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 69-86.

Trino AT, Machado MPM, Rodrigues RB. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Teixeira M, Zilma F. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 27-53.

UNRIC - Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Relatório das nações Unidas estima que a população mundial alcance os 9,6 milhões em 2050 [internet]. [S.l.]: [s.n.] [acesso em 20 out 2016]. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/actualidade/31160-relatorio-das-nacoes-unidas-estimaque-a-populacao-mundial-alcance-os-96-mil-milhoes-em-2050->.

Verlinde E, Verdée T, Walle MV, Art B, Maeseneer, D, Willwms, S. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Health Services Research*. 2010;10:242.

Willems S. The socio-economic gradient in health: a never-ending story? A descriptive and explorative study in Belgium. Ghent, BEL; 2005.

Wright NM, Tompkins CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract*. 2006;56(525):286-93.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE COORDENADORIA DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DA SAÚDE INSTITUTO DA SAÚDE

TCLE para entrevistas

Prezado (a),

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **O processo de trabalho no cuidado às pessoas em situação de rua do município de São Paulo**, que tem como objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de Consultório na Rua (CnaR).

Esta pesquisa está sendo realizada com os profissionais das equipes de CnaR envolvidos no atendimento da Atenção Básica e atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo. A pesquisa resultará em uma dissertação do Programa de mestrado profissional do Instituto de Saúde.

Sua participação no estudo consistirá em responder algumas questões sobre o processo de trabalho da sua equipe no cuidado a pessoa em situação de rua e terá a duração de aproximadamente uma hora. Se concordar a entrevista será gravada para análise posterior. A entrevista será conduzida pela Vera Lucia Martinez Manchini, médica, assistente técnica da Coordenação da Atenção Básica.

Os riscos com esta pesquisa são mínimos, sendo que o Sr. (a) pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu trabalho.

O Sr.(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para a sua atividade regular. Será assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O Sr.(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada a sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Vera Lucia Martinez Manchini, que pode ser localizada na Secretaria Municipal de Saúde, setor da Atenção Básica, no telefone 11- 3397-2186 das 9h às 18hs ou por e-mail: vmanchini@prefeitura.sp.gov.br.

O Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde-CEPIS também poderá ser consultado caso a Sr.(a) tenha alguma consideração ou alguma dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone 113116-8597 ou pelo e-mail cepis@saude.sp.gov.br. Ou ainda poderá consultar o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo nos telefones 113397-2464 e 113397- 2465 ou pelo e-mail smscep@gmail.com.

Sua participação é importante e voluntária, pois poderá gerar informações que serão úteis para melhorar os processos de intervenção na Atenção Básica das equipes do Consultórios na Rua, voltados a melhorar o atendimento desta população.

Este Termo será assinado em duas vias, pelo Sr.(a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: **O cuidado à saúde da população em situação da população em situação de rua do município de São Paulo**. Discuti com o entrevistador sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar do estudo.

_____/_____/_____
Assinatura do(a) entrevistado (a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta entrevistada ou representante legal para a participação no estudo.

Vera Lucia Martinez Manchini

Assinatura do responsável pela entrevista

_____/_____/_____

Apêndice C - Roteiro para entrevista

Número de sorteio da equipe _____

1. Fale sobre o processo de trabalho da sua equipe durante o mês.

Quando a equipe avalia o seu processo de trabalho:

1. Relate ações realizadas pela equipe consideradas bem-sucedidas e que indicariam para serem multiplicadas em outras equipes?
2. Conte um pouco como são encaminhados os grandes desafios que a equipe enfrenta (ou) no processo de trabalho.

Apêndice D - Relação dos grupos apresentados

*A **terapia comunitária**, realizada em um dos equipamentos do território, semanalmente, onde qualquer pessoa pode participar, a equipe que coordena o processo e todas as pessoas presentes que queiram falar, estarão sendo ouvidas, e um dá força para o outro; o caso de um serve de exemplo para o outro e tira aquela pressão, põe para fora as angústias. (Eq. 3)*

Terapia comunitária - Objetivo: promover atividade em grupo, com a possibilidade de troca de experiências e expressão de sentimentos e vivências.

*O **chá de bebê** é uma ação realizada bimestralmente; é um encontro como uma festa, para acolher as gestantes do território, com a finalidade de reforçar a importância de realizar o pré-natal. Muitas delas vêm do Norte e Nordeste do país, onde suas mães ou avós não faziam o acompanhamento de pré-natal e é necessário desmistificar essa noção de que se não fazer o pré-natal não tem problema. Há toda uma articulação da equipe no seguimento do pré-natal, e se observou que, com o chá de bebê, a aderência é maior. Nesse espaço, são distribuídos presentes como fraldas e roupinhas conseguidas através de doações. (Eq. 7)*

Chá de Bebê - Objetivo: conscientizar a usuária gestante sobre a necessidade de realizar o pré-natal e fortalecer o vínculo, a autoestima e a responsabilidade.

*Grupo de **Saúde Bucal** ocorre mensalmente com a presença da dentista. Esse grupo surgiu com a finalidade de criar uma estratégia de organizar a agenda do dentista. O objetivo da ação é conscientizar os pacientes em relação ao retorno da consulta dentária, porque, quando eles faltam, tiram a oportunidade de outra pessoa realizar tratamento. São passadas orientações sobre a importância do tratamento e a maneira correta de escovação. Esse grupo veio reforçar a aderência ao tratamento completo. (Eq. 7)*

Saúde Bucal - Objetivo: conscientizar os usuários sobre a importância do retorno à consulta odontológica e reforçar aderência ao tratamento completo.

*O **terrário terapia** é um grupo que ensina a plantar mudas de plantas em vidros. O grupo atende uma cooperativa de reciclagem e a equipe orienta as pessoas a guardarem os vidros para o plantio. Nessa oficina, tem um processo, que é, inicialmente, juntar os vidros e, a seguir, os vidros são lavados e desinfetados. O grupo vai até a um parque próximo à UBS pedir a terra e as mudas de plantas. A equipe faz capacitação de como plantar e como cuidar das plantas e o grupo passa a mexer com a terra; faz parte da terapia, e cada pessoa planta a sua muda e acompanha o crescimento. Esse processo é um evento para todos, funciona como redução de danos, processo de trabalho manual, comunicação entre as pessoas e reforça o vínculo. (Eq. 8)*

*A **hortoterapia** é um grupo direcionado para usuários com transtorno mental acompanhados pela equipe e que frequentam o CAPS. Com esse grupo, a equipe ensina a plantar, a mexer com a terra, em um espaço onde temos as hortas. (Eq. 8)*

Terrário e hortoterapia - Objetivo: estimular o contato do usuário com a terra, observando o produto por ele plantado. Promover a redução de danos, fortalecer o vínculo e a autoestima.

*O grupo de **arteterapia** na praça tem a intenção de promover momentos de descontração, onde participam alguns profissionais, como médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e AgS, e cada um tem um olhar diferente. A pessoa vem para desenhar e utiliza essa oportunidade para se aproximar. A pessoa participa naturalmente, se desejar, e a equipe não pega o desenho de volta. Esse grupo de arteterapia tem a finalidade de criar aproximação e vínculos. (Eq. 9)*

*O **grupo da mandala**, realizado com o grupo do Projeto de Ambientes Verdes e Saudáveis, é realizado na praça e, a partir desse trabalho, alguns têm diminuído a necessidade de ficar pedindo, foi interessante porque a hora que eles estavam fazendo a mandala, as pessoas passavam olhando e paravam, perguntando se eles iam vender o seu trabalho. O material é da equipe que compra e a madeira é doação do marceneiro, que se encantou com a proposta e todo lixo que seria descartado, ele guarda para doação e liga para buscar. Com esse grupo, vemos a importância do trabalho manual e a delicadeza da colagem das peças, o parar para pensar, produzir e vender, e aproximar outras pessoas do território para contribuir com as equipes e pessoas em situação de rua. (Eq. 14)*

Arteterapia e Mandala - Objetivo: promover a comunicação por intermédio da expressão artística, o contato com sentimentos, emoções, conflitos, dentre outros, durante e após o processo de expressão. E ainda fortalecer a autoestima e a motivação entre os participantes.

*O **chá das minas** é um grupo que propõe o empoderamento da mulher, é realizado dentro de um equipamento, com as famílias, e cada grupo de conversa escolhe um tema e, dentro desse tema, vão surgindo oportunidade de se falar em saúde, como sífilis e tuberculose, entre outros. (Eq. 9)*

Chá das Minas - Objetivo: propõe discutir conceitos relativos ao empoderamento da mulher, para que tenham liberdade de escolha, fortalecimento do vínculo e do seguimento do tratamento com os assuntos discutidos.

*O **jogos de futebol** é um grupo de diversão através do lúdico que promove a participação do usuário e a diminuição do consumo de drogas. Os pacientes falam que durante o grupo ficavam mais tempo sem usar drogas. É também oferecida conscientização sobre uso de medicamentos, álcool, patologias advindas do uso abusivo de drogas. (Eq. 10)*

Futebol - Objetivo: propiciar momentos de atividade física, reduzir danos, integrar as equipes e as pessoas em situação de rua de diferentes territórios, aproximando-as das equipes de saúde e dos respectivos tratamentos de saúde.

***Café com voluntários** ocorre uma reunião duas vezes por semana, onde oferecem café às pessoas em situação de rua. A equipe também participa e fica à disposição das pessoas que quiserem conversar, tirar uma dúvida, saber o que faz uma equipe de saúde, criar vínculos. A equipe realiza ação muito importante também com os voluntários, onde a enfermeira faz uma reunião mensal para os voluntários de como lidar com morador de rua. Os temas principais são: o que são as drogas e quais efeitos elas provocam nas pessoas. Nesse local, acontecia muito atrito por desconhecimento dos voluntários. Muitas vezes, a pessoa chegava alcoolizada, agressiva e a voluntária não sabia, às vezes porque tinha usado maconha, efeito do crack, agitado, toda hora mexendo, se levantando, elas achavam que era uma afronta, com as reuniões as voluntárias passaram a aceitar e ajudar*

as pessoas. (Eq.13)

Café com Voluntários - Objetivo: promover o diálogo e fortalecer o vínculo com os usuários e, ao mesmo tempo, promover a sua capacitação para lidar com pessoas em situação de rua.

O grupo mosaico é um grupo de interação, ideia da psicóloga, encaminha pacientes no grupo, uma vez por semana, tem algumas pessoas em situação de rua que têm dificuldade até para falar, então ela precisa daquela peça, daqui a pouco está interagindo melhor, e isso melhora, elas vêm toda semana, sabem o horário, são pacientes que não tem perfil de CAPS mas não dá para deixar solto, como vamos trabalhar, não é psicótico, não está em crise, então o trabalho manual é de interação. O grupo é de pacientes muito embotados, são pequenas coisas que fazem a diferença. (Eq. 14)

Mosaico - Objetivo: oferecer grupo de interação direcionado a pessoas com transtorno mental e que não tem perfil de CAPS.

O Toda Mulher é uma Diva, "As mulheres em situação de rua também são divas", é realizado uma vez por mês, em parceria com o CEU. Esse grupo é realizado, no mínimo, uma vez por mês. Desse grupo participam, além da equipe, manicure, cabeleireiro e maquiador. No CEU, elas tomam banho e escolhem as roupas que elas querem, e que são captadas através de doação. O cabeleireiro corta o cabelo delas e faz escova, a manicure pinta a unha, a maquiadora faz maquiagem; esses parceiros nos acompanham há muito tempo. A gente sempre faz de segunda-feira, porque é o dia de folga deles. Então, eles acabam sendo voluntários. Elas ficam bem felizes, elas gostam... Cria vínculo, a autoestima delas melhora bastante. Aí a gente tenta servir um café da manhã com doações, com frutas, bolos e passa a manhã. Geralmente, isso começa por volta de nove horas e vai até meio dia, treze horas. (Eq. 15)

Dia da Diva - Objetivo: oferecer atividade terapêutica para aproximar as mulheres da equipe e resgatar a autoestima.

Passeio com o grupo para conhecer o Museu da Casa Brasileira, que é um espaço diferente ao que eles estão acostumados, e lá foram muito bem acolhidos com oficinas de arte. (Eq. 8)

O grupo Passeio na Pinacoteca é realizado uma vez por mês e tentamos inserir as pessoas em situações novas, é o momento deles ficarem fora da cena de uso, porque são umas 3, 4 horas. Todos se comportam direitinho. Esse grupo é realizado com o Centro de Acolhida do território. Dentro da Pinacoteca tem os monitores e, cada vez que levamos o grupo, os monitores fazem uma atividade diferente com as obras de arte, com os quadros, os passeios... Já teve passeio no Museu do Futebol, já teve passeio para o Museu do Relógio. (Eq. 15)

O Grupo do Cinema é onde a gente reúne todas as pessoas em situação de rua para levar no CEU, porque eles têm um anfiteatro bem legal, que tem um telão gigante para eles estarem vendo filme. Então, é um dia que a gente reúne, consegue levar 70, 80 pessoas que saem da cena de uso para ir assistir o filme. O primeiro cinema a equipe conseguiu trazer outras equipes de outras regiões e foi muito interessante. É um trabalho gigantesco, porque precisa ter um controle muito grande dessas pessoas. Então, cada equipe participou, passou os nomes das pessoas e ficou responsável por trazê-las com seu carro e depois levar de volta. O SEAS também participa, trazendo as pessoas da cena de uso com a perua deles. Esse grupo ocorre a cada dois meses. O filme é escolhido com a finalidade de

distração como, por exemplo, o Batman. Eles já têm tanto sofrimento, então pensamos em colocar uma coisa totalmente diferente, com efeitos especiais, porque eles adoram. A equipe faz e distribui pipoca, frutas e suco. A gente põe nos saquinhos antes, porque lá não pode comer dentro do anfiteatro. A gente sempre recebe doação de frutas do CEASA; tem um senhor que colabora bastante com esses eventos. (Eq. 15)

Passeio no Museu, visita à Pinacoteca, ir ao Cinema, diversão através do Lúdico - Objetivo: inserir as pessoas em situações novas. É o momento dos usuários ficarem fora da cena de uso, proporcionando redução de danos e autoestima.

***Projeto da Biblioteca Itinerante.** Esse projeto foi criado por um psicólogo e um assistente social que, atualmente, não estão mais na equipe. A equipe leva livros no carro de apoio e oferece para as pessoas em situação de rua lerem; e eles podem trocar os livros entre si ou no carro de apoio, após a leitura. Esse projeto estimula a leitura e, com ele, observamos se a pessoa está com dificuldade visual, necessitando de óculos. (Eq. 15)*

Projeto da Biblioteca Itinerante - Objetivo: estimular a leitura e observar a pessoa com dificuldade visual, proporcionando conhecimento e estimulando a pensar em novas experiências de vida.

***Grupo de estímulo à mobilidade física dentro dos equipamentos sociais.** Esse grupo é realizado com a colaboração do NASF. Esse grupo ocorre quinzenalmente com a presença da fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, psicólogo, educador físico, além da equipe de CnaR. As pessoas com mobilidade física reduzida eram chamadas para participar dos grupos e tinham dificuldade de manter suas atividades da vida diária por alguma sequela e focavam essa necessidade. As equipes tinham o papel de manter as orientações passadas pelo grupo, duas vezes por semana, para as pessoas não esquecerem o exercício. As pessoas que tinham dificuldade de aceitar trabalhar em grupo, tinham atendimento individual. (Eq. 16)*

Estímulo à Mobilidade Física - Objetivo: estimular as pessoas com mobilidade reduzida, através de exercícios orientados por fisioterapeutas, no sentido de melhorar a sua mobilidade física e a autoestima.