

ARTIGO

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

The work process in health care for homeless in city of São Paulo

Vera Lucia Martinez Manchini^I, Maria Angela Bianconcini Trindade^{II}, Teresa Etsuko da Costa Rosa^{III},
Nivaldo Carneiro Junior^{IV}

Resumo

Com sucessivas crises econômicas e sociais no mundo, o número de pessoas vivendo nas ruas está aumentando sobretudo em grandes cidades. Políticas públicas implementadas visam proteção social e facilitar o acesso das pessoas em alta vulnerabilidade aos sistemas de saúde. No município de São Paulo, desde 2012, implantou-se na atenção primária à saúde, equipes de Consultório na Rua (CnaR). Objetivo: Analisar o processo de trabalho das equipes CnaR conhecendo as singularidades das ações e desafios apontados pelos trabalhadores das equipes. Método: Pesquisa de abordagem qualitativa por entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo temático. Foram entrevistados 28 profissionais em duplas indicadas pelas 14 equipes de CnaR cadastradas, em 2017, no município de São Paulo. Resultados e Discussão: As equipes de CnaR utilizam ferramentas semelhantes, como territorialização, abordagem, reuniões programadas, planejamento das ações, atuam nas ruas, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas instituições sociais. O território de ação influencia no planejamento do processo de trabalho, como número e distribuição de pessoas em situação de rua e, se a UBS base adere ao programa. Conclusões: O processo de trabalho das equipes de CnaR em grupo facilita o acesso, e o trabalho nas ruas sugere ser a principal estratégia do cuidado. A transferência de conhecimentos entre equipes, educação permanente e apoio da gestão aos complexos desafios, como relações intersetoriais, sugerem aprimorar as ações do programa, renovando o cuidado em saúde às pessoas em situação de rua, que em alta vulnerabilidade social constituem problema crescente e complexo de saúde pública.

Palavras-chave: Processo de Trabalho; Consultório na Rua; Pessoa em Situação de Rua.

Abstract

Introduction: With successive economic and social crises in the world, the number of people living on the streets is increasing, especially in large cities. Implemented public policies aim at social protection and facilitate access by highly vulnerable people to health systems. In the city of São Paulo, since 2012, teams from the Street Office (CnaR) have been implemented in primary health care. Objective: To analyze the work process of the CnaR teams, knowing the singularities of the actions and challenges pointed out by the team workers. Method: Research with a qualitative approach through semi-structured interviews and thematic content analysis. 28 professionals were interviewed in pairs indicated by the 14 CnaR teams registered in 2017 in the city of São Paulo. Results and Discussion: CnaR teams use similar tools such to work as territorialization, approach, scheduled meetings, action planning, in the streets, in Basic Health Units (UBS) and in social institutions. The territory of action influences the planning of the work process, such as the number and distribution of homeless people and whether the base UBS adheres to the program. Conclusions: The work process of the CnaR teams in a group facilitates access and work on the streets suggests that it is the main care strategy. The transfer of knowledge between teams, permanent education, and management support for complex challenges such as intersectoral relations, suggest improving the program's actions, renewing health care for homeless people, who in high social vulnerability constitute a growing and complex problem of public health.

Keywords: Work process, office on the street, homeless on the street.

^I Vera Lucia Martinez Manchini (vmanchini@uol.com.br). Médica pediatra, mestre em Saúde Coletiva (Instituto de Saúde, SES – SP), assessora da Supervisão Técnica Vila Mariana/Jabaquara.

^{II} Maria Angela Bionconcini Trindade. pesquisadora científica IV do Instituto de Saúde (SES/SP); Professora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

^{III} Teresa Etsuko da Costa Rosa. Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora Científica VI, Professora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e Diretora do Centro de Desenvolvimento para o SUS do Instituto de Saúde (SES/SP).

^{IV} Nivaldo Carneiro Junior. Sanitarista, Doutor em Medicina Preventiva, Professor do Centro Universitário Fundação ABC e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.



Introdução

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 inaceitável¹. 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.²

No Brasil, foi observado um aumento de 140% da população em situação de rua em todas as Grandes Regiões e em municípios de todos os portes, entre setembro de 2012 a março de 2020, sugerindo ser o mesmo efeito de dinâmicas nacionais. O fato de o crescimento mais intenso ocorrer nos grandes municípios sugere que a crise econômica e, em particular, o aumento do desemprego e da pobreza, sejam fatores importantes para a explicação do ocorrido.³

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 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 mundo⁴ (p 27-53).

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 technoassistenciais e políticas públicas inovadoras⁵ (p709-16).

A implementação de política específica para a população em situação de rua foi instituída e divulgada pelo Ministério da Saúde por meio 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 2017⁶ 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.⁷

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. É importante destacar os diversos territórios de atuação das equipes e suas peculiaridades, pois isso pode influenciar no apoio e direcionamento dos serviços ofertados.⁸

O município de São Paulo, em 25 de março de 2013, por meio do Decreto Municipal Nº 53.795, tornou-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).

Nesse intuito, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), por meio de instrumentos de análise técnica dos índices epidemiológicos 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 às equipes CnaR, quando em 2012 a primeira equipe foi homologada.

A População em Situação de Rua no município de São Paulo

No primeiro censo da População em Situação de Rua no município de São Paulo realizado em 2000 foram recenseadas 8.706 pessoas, sendo 42,4% em acolhida e 57,6 na rua e cerca de 20 anos após ocorreu aumento de 300%.

Considerando a alta demanda e a complexidade do trabalho envolvido na atenção à saúde a essa população, este artigo teve como objetivo analisar o processo de trabalho das equipes do Consultório na Rua, para se conhecer as singularidades das ações e os desafios apontados pelos trabalhadores do Programa do cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo.

Quadro 1 Pessoas em situação de Rua no município de São Paulo 2000; 2009; 2011; 2015; 2019; 2021

Ano	acolhido	%	Rua	%	Total
2000	2.693	42,4	5.013	57,6	8.706
2009	7.079	51,8	6.587	48,2	13.666
2011	7.713	53,3	6.765	46,7	14.478
2015	8.570	53,9	7.335	46,1	15.905
2019	11.693	48,0	12.651	52,0	24.344
2021	12.675	39,8	19.209	60,2	31.884

Fonte censo pop rua 2021 SMADS Qualitest inteligência em pesquisas ⁹

Metodologia

Trata-se de estudo com uma abordagem qualitativa, realizada por meio da análise de entrevistas semiestruturadas realizadas com os trabalhadores do Programa do cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo. Utilizou-se o método de análise de conteúdo temático, tendo sido realizado em três fases: 1. Pré-análise: pela leitura fluente 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.^{10,11}

Mesmo diante da grande mobilidade das pessoas em situação de rua, a SMS-SP planeja as ações do trabalho das equipes de CnaR por meio do mapeamento e cartografia dos territórios do município¹². Assim, em 2015 na região central existiam onze equipes de CnaR sendo o maior número do município, contando com a maior concentração de pessoas em situação de rua, cerca de 6.500 pessoas, constituindo um território de grande relevância por abranger a denominada “cracolândia”. A região Sudeste contava com quatro equipes, com uma cobertura para 5.043 pessoas, compartilhando a atenção com muitos equipamentos sociais. A região Norte contava com uma equipe dando cobertura para 2.096 pessoas, com muitos estabelecimentos comerciais. A região Oeste contava com duas equipes, e 913 pessoas em situação de rua dispersas em um território bastante extenso¹³. As equipes de CnaR têm como ponto de apoio uma UBS base nos

territórios, tanto para o encontro das equipes quanto para as ações não realizadas na rua.

Procedimentos Metodológicos

Para conhecer o trabalho desenvolvido pelo CnaR no município, levantou-se no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) as equipes de CnaR, selecionando-se quatorze da Modalidade III, que incluíam o profissional médico das dezesseis equipes de CnaR existentes no momento. Essa escolha foi baseada para que os parâmetros comparativos das equipes fossem os mesmos em termos de profissionais

Para dar início ao processo de coleta de dados, os interlocutores das equipes de CnaR das CRS e das Organizações Sociais (OS) das equipes de CnaR foram convidados para um encontro, no qual foi apresentado o projeto de pesquisa e, na ocasião, definiu-se a autorização para a liberação de uma hora de trabalho de dois profissionais de cada equipe para participarem da entrevista. Num segundo encontro, com interlocutores e representantes das quatorze equipes, o projeto foi apresentado e os critérios de escolha dos participantes da pesquisa foram definidos: dois profissionais indicados pela equipe como seus representantes para participarem da entrevista, sendo um profissional com formação no ensino médio e outro graduado em ensino superior, e que possuísem experiência profissional de trabalho em equipes de CnaR há pelo menos um ano e que aceitassem participar da pesquisa.

As entrevistas com dois representantes de doze equipes foram realizadas nas UBS base, em sala reservada, e outras duas ocorreram na sede central da SMS da região, em sala reservada. O roteiro das entrevistas contou com três questões abertas 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 no processo de trabalho.

O projeto de pesquisa seguiu os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), sob o número CAAE 64158117.3.0000.5469.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa dois membros, indicados por seus pares, de cada uma das quatorze equipes, totalizando 28 profissionais, componentes de CnaR do município de São Paulo. As entrevistas ocorriam em conjunto, sempre com os dois profissionais da equipe, com conhecimento prévio das perguntas; sendo que os dois profissionais se alternavam nas falas, e não houve a necessidade de interferência do entrevistador da pesquisa durante as entrevistas. As categorias dos profissionais entrevistados foram: dois médicos, dez enfermeiras, dois assistentes sociais, dois agentes de saúde, oito agentes sociais, quatro técnicos de enfermagem. A duração média das entrevistas foi de cerca de 45 minutos e a coleta dos dados ocorreu no período entre maio e julho de 2017. Todos os entrevistados tinham mais de um ano de trabalho na equipe.

O processo de trabalho das equipes de CnaR nas ruas

A maioria dos entrevistados referiu ser a abordagem, em geral, a primeira forma de contato das equipes com as pessoas em situação de rua, principalmente durante as visitas nas ruas. As falas das equipes sugeriram que a melhor estratégia para abordar um usuário

seria nas ruas, e mesmo com um planejamento estratégico, poderia demorar dias, semanas ou meses. A abordagem poderia ser realizada por qualquer membro da equipe, mas em geral, era feita pelos Agentes de Saúde (AgS), porque estavam mais tempo no território. Foi observado que é preciso conhecer o espaço e a cultura das ruas, pois, depois disso, com a experiência adquirida, é mais fácil obter êxito na abordagem¹⁴. Alguns profissionais referiram que o trabalho nas ruas se inicia com a divisão do território em microáreas pela equipe, e cada AgS percorre a sua microárea com planejamento diário. Esses AgS vão a campo todos os dias e fazem a abordagem de todas as pessoas em situação de rua encontradas.

Alguns AgS revelaram que em algum momento de suas vidas estiveram em situação de rua. Essa característica traz para a equipe uma maior sensibilidade e percepção da situação dos usuários, colaborando para 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 por meio do emprego e apoio da equipe, fortalecendo sua autoestima, podendo também ser um estímulo de reinserção para essa população.¹⁴

As estratégias de abordagem mais relevantes citadas foram a criação de grupos de pintura na praça; estímulo a leitura e trabalhos manuais. 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.

O acompanhamento do cuidado era registrado num cadastro elaborado pela SMS, no entanto, a equipe relatou que alguns não desejavam fornecer qualquer informação para o preenchimento deste cadastro. Alguns motivos dessa recusa citados foram: problemas com a justiça, transtorno mental ou o faziam porque não queriam ser identificadas pela família; mesmo assim, nesses casos, o cuidado era realizado de acordo com a necessidade de cada um.

O planejamento das ações das equipes de CnaR era desenvolvido pelos enfermeiros que se baseavam,

em especial, nos relatos dos AgS, pois eram os profissionais com maior tempo de trabalho nas ruas. No entanto, o enfermeiro também percorria as ruas visando, em geral, aprimorar a anamnese e realizar exame físico, informações importantes de acordo com as necessidades dos usuários. Quando necessário, o usuário era encaminhado para uma UBS para exame físico mais adequado e exames complementares e, em casos emergenciais, recorria-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Todos os profissionais das equipes atuavam em conjunto, mas também possuíam atividades específicas de acordo com sua especialidade, e todos visitavam as ruas.

Os assistentes sociais também percorriam o território a partir de solicitações de visitas dos AgS e de um Agente Social (AS) para oferta de serviços sociais, orientações sobre documentos, localização da família. Quando essas solicitações chegavam, identificavam os casos que necessitavam de encaminhamentos para casas de acolhida ou de orientações sobre os direitos sociais das pessoas em situação de rua. Muitas vezes, também, os psicólogos acompanhavam, juntamente com a equipe nas ruas, os casos de transtorno mental, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os auxiliares de enfermagem realizavam, nas ruas, curativos, coleta de exames, controle de glicemia, medida de pressão e disponibilizavam e supervisionavam a medicação prescrita, quando o usuário se recusava a ir até a UBS.

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)

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 cena 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)

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

Nas ruas também ocorriam visitas conjuntas com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ou do Centro de Atenção Psicossocial (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. Um estudo nos Estados Unidos sugeriu que o vínculo se realiza quando se traz uma resposta à queixa principal¹⁵. 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.¹⁶

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.¹⁷

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 WhatsApp 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, sempre utilizado dentro da ética.

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 as experiências de vida. As equipes estudadas também procuravam realizar todos os passos do caminho do cuidado, tendo sido observado na pesquisa que a interação com o usuário em situação de rua dependia dos resultados desse processo de trabalho.¹⁸

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. 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, no qual prevalece o encontro do usuário com a equipe de CnaR pautada no espaço da micropolítica de saúde.¹⁹

A rua traz a liberdade tanto para os usuários quanto 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.¹⁹

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 inter-setoriais, os procedimentos, os exames, dentre outras ações. Todas as 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 das ações programadas, uma lista de ações e procedimentos a serem realizados individualmente por profissionais componentes das equipes ou ações realizadas coletivamente pelas equipes. 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)

A produção quantitativa das equipes foi apontada como uma questão na fala de duas delas, discutindo a importância do planejamento, mas também tendo de ser considerado os indicadores de monitoramento e acompanhamento. 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, o importante trabalho qualitativo das equipes, como as reuniões intersetoriais, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), os grupos de promoção e prevenção à saúde não contam na produção quantitativa. Há de se conseguir uma combinação entre a capacidade de se produzir procedimentos e a de se produzir o cuidado.¹⁷

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 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 ainda apontaram algumas particularidades do cuidado às pessoas em situação de rua nas UBS, como 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 equipe da UBS. Diante dessa situação, algumas equipes usavam como estratégia matricular os profissionais das UBS por meio

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.

Segundo as entrevistas com os dois médicos, foi revelado que os usuários gostavam de conversar durante as consultas, de receber atenção e de serem ouvidos. Isso porque, muitas vezes, eles vêm 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, e por isso foi sugerido aos interlocutores que o tempo disponível de consulta médica fosse ampliado. O atendimento médico da equipe do CnaR foi considerado muito importante pelas equipes, pois, pode garantir o atendimento, principalmente das prioridades como doenças infectocontagiosas, gestantes e para o acompanhamento das doenças crônicas.

O profissional médico, além do matriciamento com os demais profissionais, permanece a maior 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.

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. A micropolítica atua no território, na lógica de poderes, em busca de uma reorganização no processo de trabalho em rede.¹⁷⁻²⁰

Na verdade, as pessoas não entendem 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)

Nas UBS que não seguiam a lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde muitas vezes o usuário, pessoas em situação de rua, não eram consideradas pacientes da UBS, e sim da equipe de CnaR, foi relatado também existir 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 também 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.

No momento da pesquisa, um odontólogo integrava uma das equipes, e sua relevância pode ser observada pelas falas de que, em muitos casos, o usuário se identificava inicialmente com esse profissional, pois, geralmente, sua queixa principal estava relacionada com a saúde bucal. Foi destacado pela equipe que, durante o tratamento dentário, perguntava-se sobre seus problemas de saúde, e ou sobre seus tratamentos, sendo assim uma oportunidade de ampliar acolhimento e promover a integralidade das ações do cuidado.

As falas nas entrevistas destacaram ainda a importância das reuniões de equipe de CnaR 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. A reunião de equipe se fortalece desde que todos os membros sejam ouvidos na discussão e que sejam respeitadas as opiniões, independentemente do grau de instrução de cada pessoa.²¹

O processo de trabalho da equipe de CnaR e a relação com outros equipamentos de saúde e sociais

As equipes além das ruas e UBS realizavam também o atendimento nos equipamentos sociais, onde ocorria uma programação prévia, que se iniciava com uma reunião com a gerência do equipamento social, levantamento dos problemas locais e discutindo, junto com a equipe, qual o melhor método de trabalho para aquele equipamento. O acompanhamento em saúde realizado nos equipamentos sociais eram: consultas, busca ativa de tuberculose, vacinas, teste rápido de sífilis e do vírus da imunodeficiência humana (HIV), resolução de problemas pontuais, grupos educativos de promoção e prevenção de doenças mais comuns predominantes nessa população.

As equipes procuravam discutir e solicitar a colaboração dos equipamentos sociais nos casos em que os usuários precisavam ser medicados, e solicitava que uma pessoa do equipamento o orientasse 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 de pacientes com diagnóstico de tuberculose têm vaga assegurada nos equipamentos sociais até o final do tratamento, segundo falas nas entrevistas, trazendo benefícios aos usuários.

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)

Essa fala reflete as ações efetivas das equipes de CnaR às Casas de Acolhida que estão em seu território. No entanto, muitos equipamentos sociais não contam com essa integração intersetorial.

Segundo relatos das equipes de CnaR entrevistadas, todas tinham uma equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como referência. O relacionamento com as equipes NASF foi muito elogiado por todas as equipes, principalmente pelo comprometimento dos profissionais. No entanto, o 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.

Duas das equipes de CnaR reforçaram a necessidade de incluir um médico psiquiatra como membro em todas as equipes NASF, pois existiam muitos casos nas ruas de transtorno mental e dependência de substâncias psicoativas 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)

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.²²

As equipes de CnaR, em sua maioria, informaram nas entrevistas que realizam reuniões mensais com os CAPS, CAPS Álcool e Drogas 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. 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 Adulto, 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)

A organização da linha de cuidado em saúde mental mostrou-se de suma importância para a retaguarda da equipe que acompanha esses usuários; assim como a necessidade de elaborar normas específicas para o acompanhamento da pessoa em situação de rua com transtorno mental que precisa de assistência diária, inclusive para ingestão de medicamentos controlados prescritos. Nos municípios de Maceió e Campinas, embora sejam de menor porte, os problemas com a RAPS eram similares.^{23,24}

As relações intersetoriais com a assistência social segundo relatos das equipes entrevistadas ocorriam, em sua maioria, de forma harmônica em todos os territórios, pois o trabalho era conjunto entre Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) e equipes de CnaR. O usuário tinha o cuidado compartilhado, tanto com relação às necessidades sociais, quanto às suas necessidades de saúde, mas cada equipe com sua responsabilidade técnica. As equipes de CnaR, em geral, estavam cientes da dificuldade de conseguir acesso a um centro de acolhida, por conta da falta de espaço físico, assim como as equipes do SEAS estavam cientes da dificuldade de acesso imediato para o cuidado de casos crônicos de saúde.

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 três 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 equipe de CnaR deve 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.¹⁴

O caminhar na rede envolve todos os pontos de atenção, como UBS, SAMU, CAPS, CAPS AD, CAPS infantil, PS, Atenção Secundária, Atenção Terciária e a intersecção com outras secretarias, como Assistência Social, Trabalho, Habitação, Educação e Direitos Humanos, dentre outras.¹⁹

Segundo BARATA²⁵ (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” (p.219-320).

Considerações finais

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

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

O território de abrangência das equipes de CnaR sugeriu ter influência no processo de trabalho frente às necessidades encontradas tanto pela extensão, quanto pelo número de pessoas em situação de rua e pela disponibilidade de equipamentos sociais e de saúde.

O processo de trabalho nas ruas é a principal estratégia no cuidado à saúde para as pessoas em situação de rua, pois é na rua que se enfrentam os

maiores desafios, onde são desenvolvidas a maioria das ações das equipes de CnaR e onde, em geral, ocorre o acolhimento e se estabelece o vínculo.

O compartilhamento do cuidado entre as equipes de CnaR e UBS provocam maior visibilidade dessas ações, facilitam o acesso ao cuidado integral à saúde, além de organizar a linha de cuidado na UBS, possibilitando 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, diante de 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. Assim, é possível articular a comunicação entre as diversas instâncias, tanto do trabalho na rua, quanto da UBS e da formação de rede com outras instituições de saúde e de outros setores.

A ideia é que se possa viabilizar com equidade e integralidade o 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 para casa de acolhimento. A participação da gestão da UBS também, muitas vezes, se faz necessária, como numa intervenção rápida e eficiente para muitos e urgentes desafios na rede de atenção, intensificando o cuidado às pessoas em situação de rua no 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 no 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 quanto ao acolhimento, o qual promove o vínculo que, muitas vezes, é o que possibilita o cuidado em saúde da pessoa em situação de rua.

Para o aprofundamento dos resultados ora apresentados, 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.

É de fundamental importância que as secretarias caminhem juntas, pois não existe reinserção social e resgate da cidadania sem o suporte social. 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 devido à alta vulnerabilidade social.

Referências

- 1- Verlinde E, Verdée T, Walle MV, Art B, Maeseneer, D, Willms, S. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Health Services Research*. 2010;10:242.
- 2- Countrymeters. População mundial. 2016a [internet]. [acesso em 25 mar 2023]. Disponível em: <http://countrymeters.info/pt/WorldA>.
- 3- Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil de setembro de 2012 a março 2020. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, Disoc. [internet]. 2020;73. [acesso em 25 mar 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>.
- 4- 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.
- 5- Carneiro Junior N, 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.
- 6- 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 25 março 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
- 7- 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 25 de mar 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

8- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília (DF); 2012. Secretaria da Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo. Censo da população de rua-2021-Qualitest-Inteligencia-em-pesquisa [internet]. [acesso em 25 mar 2023]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizWE4MTE5MGItZjRmMi00ZTcyLTgxOTMtMjc3MDAwMDM0NGI5IiwidCI6ImE0ZTA2MDVjLWUzOTUtND-ZIYS1iMmE4LThtInJlNGM5MGUwNyJ9>

9- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2004.

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

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

12- 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]. 2015 [acesso em 25 mar 2023]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%2015%20-%20OUT%2015.pdf.

13- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP). Sistema Único de Saúde. Documento norteador dos consultórios na rua, 2016 [internet]. [acesso em 25 mar 2023]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>.

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

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

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

17- 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.

18- 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.

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

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

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

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

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

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