LÍVIA BUSTAMANTE VAN WIJK

**O cuidado a pessoas em situação de rua:
a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé**

SÃO PAULO
2017

LÍVIA BUSTAMANTE VAN WIJK

**O cuidado a pessoas em situação de rua:
a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências

Programa: Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Elisabete
Ferreira Mângia

SÃO PAULO

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Van Wijk, Livia Bustamante

O cuidado a pessoas em situação de rua : a experiência da Rede de
Atenção Psicossocial da Sé / Livia Bustamante Van Wijk. -- São Paulo,
2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.
Orientadora: Elisabete Ferreira Mângia.

Descritores: 1.População em situação de rua 2.Saúde
3.Intersectorialidade 4.Centros de atenção psicossocial 5.Direitos humanos
6.Adesão a diretrizes

USP/FM/DBD-126/17

DEDICATÓRIA

A todos os usuários com quem pude me encontrar verdadeiramente ao longo desses anos e que tanto me ensinaram;

Aos excelentes profissionais que cruzaram meu caminho, com quem tanto pude aprender;

A todos que seguem na luta.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Elisabete Mângia, que compartilhou seus conhecimentos de forma tão generosa e soube me orientar, com paciência e dedicação, no desafio da escrita.

Aos profissionais do CAPS Adulto II Sé, em especial à Caroline Rosa, com quem pude aprender muito e compartilhar ao longo dos anos de trabalho os desafios de oferecer cuidados singulares e efetivos a uma população muito vulnerável.

Aos profissionais dos demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Sé, em especial às equipes de Consultório na Rua, com quem foi possível construir parcerias de trabalho de modo a promover ações significativas.

Aos usuários e pessoas da comunidade, que no dia-a-dia do trabalho tanto me ensinaram e comigo construíram relações estreitas e transformadoras.

Aos profissionais e usuários que concordaram em participar dessa pesquisa e compartilharam de maneira tão singular seus afetos, sofrimentos, desafios, conquistas, ações e conhecimentos no decorrer das entrevistas e observações.

Às docentes Carmen Albuquerque, Sandra Galheigo e Selma Lancman, que no decorrer do exame de qualificação trouxeram contribuições relevantes à continuidade da pesquisa e acolheram com cuidado minhas questões.

Ao Juan e aos colegas do Sítio, que me receberam de forma acolhedora e fazem a diferença em minha formação e atuação, por meio das trocas ricas e do apoio sempre constante.

Às queridas Bia, Marina e Carla, que deixaram de ser colegas de trabalho para se tornarem amigas eternas do coração e sempre acolhem, com carinho e humor, as angústias e as alegrias da vida.

Às estimadas Jaqueline e Carol, presentes que a vida me trouxe e que, além de amigas, são companheiras de luta e fontes de apoio constante.

À Ana Elisa, amiga-irmã, que sempre esteve próxima, mas que nesse momento marca ao meu lado um lugar muito importante, de compartilhamentos e expectativas.

À minha família, em especial aos meus pais, que não mediram esforços em minha formação e souberam suportar meu voo para lugares distantes; e aos meus irmãos, que independentemente da distância estão sempre presentes em meu coração e colaboraram tão generosamente com a revisão de texto.

Ao Fausto, fonte inesgotável de amor, carinho, força e apoio, que testemunhou e ecoou as angústias e inquietações que motivaram este estudo, acompanhou de perto todas as dificuldades em seu decorrer e sempre me motivou. Gratidão eterna por tudo que você foi, é e será para mim e para nossa família.

CONSULTÓRIO NA RUA

Buscar sem interesse o bem de quem
cansado de sofrer anseia paz
Olhar o rosto triste de alguém
e lhe fazer sentir que é capaz

Não desistir, querer, correr atrás
Oferecer abrigo a quem não tem
Dar atenção àquele que é refém
de um existir que não suporta mais

Entrar no antro sujo do excluído
Fazer do miserável seu amigo
Tentar amenizar a sua dor

Que faça quem quiser outro juízo
Que quanto a mim ainda não consigo
ver nada aí que não traduza amor!...

(Fábio Moraes, 2016, p. 22)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Considerações sobre a população em situação de rua	01
1.2. Processos de vulnerabilidade, desfiliação e inclusão social	04
1.3. A Reabilitação Psicossocial e o cuidado à população em situação de rua	07
1.4. Rede de Atenção Psicossocial e cuidado em saúde mental	10
1.5. Interesse pelo estudo	14
 2. OBJETIVOS	 16
2.1. Objetivo geral	16
2.2. Objetivos específicos	16
 3. O CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA OFERECIDO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	 17
3.1. Métodos	18
3.2. Resultados	19
3.2.1. Características das ações de saúde que buscam responder às necessidades da população em situação de rua	23
3.2.2. Fatores que limitam as ações e restringem a resposta às necessidades da população em situação de rua	26
3.2.3. Participação das pessoas em situação de rua no planejamento e na execução das ações oferecidas pelos serviços de saúde	30
3.3. Discussão	31

4. METODOLOGIA	35
4.1. Construção do papel de pesquisador	36
4.2. Coleta de dados	37
4.2.1. Entrevista semi-estruturada	38
4.2.2. Observação participante e elaboração do caderno de campo	41
4.3. Procedimentos éticos	43
4.4. Análise do material coletado	44
5. RESULTADOS	47
5.1. Contexto do estudo	47
5.1.1. Dados sobre a região da Sé e sua RAPS	47
5.1.2. Apresentação dos serviços	50
5.1.3. Modelo de gestão	51
5.2. Agrupamentos teóricos	53
5.2.1. Singularidades do trabalho com a população em situação de rua	53
5.2.1.1. Desafios do cuidado	53
5.2.1.2. Centralidade dos vínculos	59
5.2.1.3. Relação entre percepção do usuário e oferta de cuidado	62
5.2.1.4. Singularidade do trabalho na região da Sé	63
5.2.2. Ações desenvolvidas pelo CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR da UBS Sé	65
5.2.2.1. Ações específicas dos serviços	66
5.2.2.1a. CAPS Adulto II Sé	66
5.2.2.1b. Equipes de CR da UBS Sé	72
5.2.2.2. Redução de danos e cuidado	78
5.2.2.3. Cidadania como norteador do cuidado	80
5.2.3. Ações compartilhadas pelos serviços da RAPS	83
5.2.3.1. Articulações entre os serviços da RAPS	83
5.2.3.2. Suficiência dos recursos da rede local	86
5.2.3.3. Interface entre saúde e assistência social	87
5.2.4. Opinião dos usuários sobre o cuidado recebido	89
6. DISCUSSÃO	94

6.1. Opinião dos profissionais sobre os usuários	95
6.2. Centralidade da construção do vínculo no cuidado	97
6.3. Relação entre ações e diretrizes	98
6.3.1. Ações desenvolvidas pelos serviços	99
6.3.2. Ações e articulações entre serviços de saúde e de outras secretarias de estado	102
6.4. Necessidade de cuidar dos profissionais	104
6.5. Impactos do atual modelo de gestão	106
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
Apêndice 1 – TCLE Profissionais.....	122
Apêndice 2 – TCLE Usuários	125
Apêndice 3 – Roteiro de entrevista com gestores.....	128
Apêndice 4 – Roteiro de entrevista com profissionais	130
Apêndice 5 – Roteiro de entrevista com usuários	133
Apêndice 6 – Roteiro para observação participante.....	135
Anexos 1 e 2 – Pareceres de aprovação do projeto de pesquisa pela CAPPesq / HCFMUSP e pelo CEP / SMS	137

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Distribuição da seleção de publicações de bases de dados de acordo com os critérios estabelecidos para a inclusão de estudos..... **19**

Quadro 1- Características dos estudos selecionados: título; autores; local, periódico e ano da publicação; tipo de estudo **19**

Quadro 2- Matriz de síntese das características dos estudos incluídos na revisão, de acordo com objetivos, metodologia e principais resultados . **20**

Tabela 2- Entrevistas realizadas com os profissionais e gestores do CAPS Adulto II Sé e das equipes de CR da UBS Sé **39**

Tabela 3- Distribuição dos serviços da RAPS na Coordenadoria Regional de Saúde Centro **47**

Tabela 4- Distribuição dos serviços da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social destinados à população em situação de rua – Subprefeitura Sé **48**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMA – Assistência Médica Ambulatorial
APD – Acompanhante da Pessoa com Deficiência Intelectual
AS – Agente Social
ASF – Associação Saúde da Família
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projeto de Pesquisa
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CR – Consultório na Rua
CRST – Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CSE – Centro de Saúde Escola
ESF – Estratégia Saúde da Família
FESPSP – Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo
GCM – Guarda Civil Metropolitana
HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IRSSL – Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês
LILACS – Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PS – Pronto Socorro
PSR – Pessoa em Situação de Rua
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SMADS – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMT – Unidade de Medicinas Tradicionais

USP – Universidade de São Paulo

RESUMO

Van Wijk LB. **O cuidado a pessoas em situação de rua: a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé** [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

O cuidado em saúde dirigido à população em situação de rua requer ações intersetoriais, que considerem as características desse grupo e respondam às suas necessidades. As diretrizes propostas pelas Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental oferecem subsídios para o cuidado e destacam a importância das ações serem desenvolvidas no contexto de vida das pessoas, de modo a favorecer o exercício da cidadania e dos direitos. Este estudo teve como objetivos conhecer as ações dirigidas às pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental, desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua (CR) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Sé e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto II Sé; identificar obstáculos e pontos de força encontrados no cotidiano de trabalho e conhecer a opinião dos usuários sobre o cuidado recebido. A pesquisa, de caráter qualitativo, empregou os seguintes procedimentos metodológicos: revisão integrativa da literatura; pesquisa documental; entrevistas semi-estruturadas com profissionais e usuários; observação participante e elaboração do caderno de campo. Os dados foram coletados entre fevereiro e abril de 2016. Os resultados evidenciaram que a maioria das ações oferecidas pelos serviços considera as características da população e busca responder às suas necessidades. A construção e manutenção do vínculo entre profissionais e usuários foram compreendidas como eixos do trabalho, que contribuem para o estabelecimento de relações humanizadas e influenciam positivamente a realização de ações. A construção

do trabalho intersetorial apresentou-se como um desafio, por depender da organização e do alinhamento de cada serviço com as normativas e da relação estabelecida entre eles. Dois aspectos se destacaram nos resultados: a sobrecarga e o risco de adoecimento dos profissionais e a influência da atual forma de gestão dos serviços na produção do cuidado. Concluiu-se que as ações produzidas pelo CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR da UBS Sé se encontram alinhadas às diretrizes das Políticas, porém é necessário cuidado às equipes e envolvimento da gestão nos processos de trabalho, para que a responsabilidade da produção de ações de qualidade não recaia unicamente sobre os profissionais.

DESCRIPTORES: população em situação de rua; saúde; intersetorialidade; centros de atenção psicossocial; direitos humanos; adesão a diretrizes.

ABSTRACT

Van Wijk LB. **Health care for homeless population: the experience of health services network of Sé** [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2017.

Health care for homeless population requires intersectoral actions that considers this group characteristics and attends his needs. Public Health and Mental Health Policies offer a guideline to actions and indicates the importance of these actions to be developed according to people life context, in a way to promote citizenship and access to rights. The goals of this research were to get known the actions developed by Psychosocial Care Center to Adults II Sé and Consultation Office in the Streets teams and offered to homeless population that presents mental disorders; to identify obstacles and points of force presents in the daily work; and know the patients opinion about the received care. This qualitative research used methodological procedures such as integrative literature review; documental research; semi-structured interview developed with professionals and patients; participant observation and field notebook construction. The data was collected between february and april/2016. The results showed that most part of actions offered by professional teams take into consideration this population needs and try to answer to these needs. The construction and maintenance of a bound between professionals and patients were comprehended as the center point of work, which contribute to establish humanized relations and positively influence actions. The construction of intersectoral work was comprehended as a challenge, due to services organization, alignment between services and guidelines and relation among different services. In the results, two aspects were highlighted: burden and risk

of illness of professionals and the influence of current services structure on delivered care. As a conclusion, actions offered by professional teams are in accordance to Policies guidelines, although it is necessary to offer better care to professionals and higher involvement of administration on work processes, in order to avoid the risk of responsibility for quality actions fall over professionals only.

DESCRIPTORS: homeless persons; health; intersectoral actions; mental health services; human rights; guideline adherence.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações sobre a população em situação de rua

As pessoas em situação de rua apresentam agravos à saúde física e mental mais significativos do que a população em geral e enfrentam dificuldades de acesso à rede de atenção à saúde. A presença de transtornos mentais, associados ou não ao uso prejudicial de substâncias – como álcool, crack e outras drogas – bem como a mortalidade prematura são fatores que requerem ações intersetoriais, preferivelmente coordenadas pela atenção primária em saúde (WHO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) propõe que o cuidado em saúde mental priorize pessoas com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos e esteja associado ao exercício de direitos humanos e de direitos de cidadania. Apresenta, também, a necessidade das políticas considerarem as demandas específicas de grupos vulneráveis, como as pessoas em situação de rua.

A população em situação de rua é compreendida pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua como:

grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2008, p. 09).

Estudos internacionais afirmam que, em sua maioria, essa população é altamente vulnerável (CHRYSTAL *et al*, 2015), marginalizada e não tem acesso a fontes de renda e direitos humanos fundamentais e/ou direitos sociais

básicos (SARRADON-ECK *et al*, 2014). Esse grupo frequentemente é discriminado e tende a se distanciar de amigos e familiares (ZERGER *et al*, 2014). A discriminação também dificulta seu acesso a oportunidades de emprego (ZERGER *et al*, 2014) e a serviços de saúde (SKOSIREVA *et al*, 2014; CHRYSTAL *et al*, 2015; SARRADON-ECK *et al*, 2014).

Estudos nacionais referem que a população em situação de rua apresenta precárias condições de vida e saúde (AGUIAR; IRIART, 2012; VALENCIA *et al*, 2011) e se encontra exposta a fatores de risco, como violência (BARATA *et al*, 2015; AGUIAR; IRIART, 2012; RIO NAVARRO *et al*, 2012; BOTTI *et al*, 2010) e situações de vulnerabilidade, por não se reconhecer como detentora de direitos (HALLAIS; BARROS, 2015; BARATA *et al*, 2015; SILVA *et al*, 2014).

Apesar disso, essa população tende a avaliar positivamente sua condição de saúde, o que pode estar relacionado às baixas expectativas, justificadas pela capacidade de estar vivo e resistir às dificuldades cotidianas nas ruas, e sugere menor valorização dos problemas de saúde (BARATA *et al*, 2015; AGUIAR; IRIART, 2012). Observa-se que dificilmente procura os serviços de saúde (BORYSOW; FURTADO, 2013; RIO NAVARRO *et al*, 2012; VARANDA; ADORNO, 2004). Por apresentar dificuldades em acessar serviços de atenção básica e especializada, utiliza hospitais e prontos-socorros com mais frequência (CHRYSTAL *et al*, 2015). Muitos serviços não identificam suas necessidades (SKOSIREVA *et al*, 2014; CHRYSTAL *et al*, 2015) e frequentemente a discrimina (SKOSIREVA *et al*, 2014; CHRYSTAL *et al*, 2015; SARRADON-ECK *et al*, 2014), o que provoca impacto negativo na busca por ajuda e acesso a cuidado (SKOSIREVA *et al*, 2014).

Devido às dificuldades de acesso, frequentemente essa população não recebe os cuidados necessários. O acesso muitas vezes se dá somente quando mediado por programas específicos ou instituições socioassistenciais e, quando acontece, já se instalaram agravos significativos em sua condição de saúde (BORYSOW; FURTADO, 2013; RIO NAVARRO *et al*, 2012; VARANDA; ADORNO, 2004).

A complexidade do perfil da pessoa em situação de rua se deve a características vinculadas à ausência de moradia: cotidiano itinerante; dificuldade em manter o autocuidado; falta ou restrição de vínculos sociais e uso de álcool e outras drogas. As restrições dos serviços de saúde em considerar tais características e responder às suas necessidades restringem o acesso, precarizam o acolhimento e frequentemente resultam no abandono dos acompanhamentos (BORYSOW; FURTADO, 2013; 2014; HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2015; AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al*, 2015).

A dificuldade de organização dos serviços e sua inflexibilidade diante das necessidades dessa população dificultam o acesso, em especial das pessoas que apresentam transtornos mentais. Alguns estudos destacam as limitações nas Políticas Públicas voltadas para esse grupo (BORYSOW e FURTADO, 2013; 2014; CHRYSTAL *et al*, 2015; SKOSIREVA *et al*, 2014).

Acerca da região central do município de São Paulo, alguns serviços de atenção básica buscam identificar grupos sociais em situação de vulnerabilidade e organizar o serviço na perspectiva da equidade, porém são muitos os limites existentes para garantir o cuidado e o acesso (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003). O estudo de Carneiro Júnior *et al* (2010) descreve modalidades de atendimento à pessoa em situação de rua que promovem o

acesso à atenção básica, mas que mantêm limites quanto ao cuidado em saúde mental e à prática de ações integrais, longitudinais e intersetoriais. A pesquisa de Lisboa (2013) envolve uma equipe de atenção básica à saúde da região central, voltada ao cuidado da população em situação de rua, e evidencia a potência do trabalho desenvolvido junto às pessoas acompanhadas. Seus resultados também explicitam desarticulações e desresponsabilizações, por parte dos demais serviços de saúde, e destacam limites quanto ao cuidado em saúde mental dessa população, que trazem o risco de cronificações (LISBOA, 2013).

1.2 Processos de vulnerabilidade, desfiliação e inclusão social

No intuito de aprofundar a compreensão sobre a população em situação de rua, serão apresentados os conceitos de vulnerabilidade e desfiliação propostos por Castel (2015; 1997). De acordo com o autor, os processos de vulnerabilidade e desfiliação são formas variadas de inclusão social caracterizadas pelo duplo processo de fragilização em relação ao trabalho e à inserção relacional (2015; 1997).

A partir da identificação da precarização da condição do assalariado, Castel (2015) desenvolve a reflexão acerca da população deixada à margem em um sistema incapaz de empregar a todos:

o desemprego em massa, a instabilidade das situações de trabalho, a inadequação dos sistemas clássicos para dar cobertura a essas condições, a multiplicação de indivíduos que ocupam na sociedade uma posição de supranumerários, “inempregáveis”, inempregados ou empregados de um modo precário, intermitente (p. 21).

A condição vivida pelos assalariados foi considerada por muito tempo “uma das situações mais incertas e, também, uma das mais indignas e miseráveis” (CASTEL, 2015, p. 21). A compreensão dessa condição é necessária para mensurar os riscos que as sociedades contemporâneas enfrentam em relação às crescentes condições de precariedade, vulnerabilidade e desfiliação. O trabalho é compreendido como “suporte privilegiado de inscrição na estrutura social” (CASTEL, 2015, p. 24) e o lugar ocupado por cada pessoa nessa estrutura se correlaciona com sua participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que o amparam, diante de instabilidades.

Para Castel (2015), os diferentes graus de fragilidade que caracterizam o trabalho e a inserção relacional definem quatro zonas diferentes de coesão social. Pessoas que apresentam alguma inserção estável no trabalho e/ou redes sociais coesas localizam-se na zona de integração. Caso venham a perder suas redes de sustentação e/ou seu trabalho, ou caso sejam trabalhadores precários que vivenciam instabilidades mesmo com redes de apoio social, passam a se situar na zona de vulnerabilidade.

Aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, mas que apenas mantêm vínculos sociais por meio dos serviços assistenciais e de proteção, localizam-se na zona de assistência. As pessoas que não trabalham, mesmo estando aptas a isso; não dispõem de apoio relacional e se encontram susceptíveis a diversas situações de risco, até mesmo a morte, localizam-se na zona da desfiliação:

Há risco de desfiliação quando o conjunto das relações de proximidade que um indivíduo mantém a partir de sua inscrição territorial, que é também sua inscrição familiar e social, é insuficiente

para reproduzir sua existência e para assegurar sua proteção (CASTEL, 2015, p. 51).

A instabilidade relacionada à participação no trabalho e/ou nas redes de sociabilidade apresenta-se como causa e consequência dos processos de vulnerabilidade e desfiliação.

Esse modelo se afasta da ideia de exclusão, que é estanque e designa estados de privação, e propõe indicadores para avaliar a coesão de um conjunto social em um dado momento: “melhor do que situar indivíduos nessas ‘zonas’, trata-se de esclarecer os processos que os fazem transitar de uma para outra” (CASTEL, 2015, p.25). As associações nesse modelo também não se dão de forma mecânica e, desse modo, a precariedade da condição de trabalho pode ser compensada pelas redes de proteção ou vice-versa.

A partir da compreensão dos processos de integração e vulnerabilidade social como algo dinâmico, é possível prevenir que uma pessoa passe de uma zona a outra e evitar que ela atinja a condição de desfiliação, ao identificar alterações em seu contexto produtivo e social a tempo de produzir mudanças.

Castel (2015) discute os riscos da sociedade liberal entrar em colapso devido à sua organização social, que conta com um grande número de pessoas postas à margem, mas dá lugar apenas ao indivíduo que produz a partir da organização tradicional do trabalho. Propõe que sejam criadas condições para a inclusão de todos, a partir de novos arranjos que não considerem somente a economia, mas também o social, a solidariedade e a cidadania.

A cidadania é um elemento norteador do cuidado nas proposições da Reabilitação Psicossocial, que busca meios para reconstruí-la e favorecer seu exercício pleno, bem como restituir o empoderamento e o poder contratual de

cada indivíduo em três diferentes âmbitos. O primeiro se refere às condições afetivas e materiais envolvidas na apropriação dos espaços nos quais se vive. O segundo se refere à possibilidade de construção de vínculos com as pessoas presentes nesses espaços, de modo a criar redes sócio-relacionais de apoio. O terceiro diz respeito à possibilidade de circulação e validação social, por meio da produção de mercadorias e/ou de valor social (SARACENO, 1999; 2001).

A partir dos elementos apresentados, evidencia-se a relação entre Reabilitação Psicossocial e os conceitos de vulnerabilidade e desfiliação. A inserção produtiva e relacional do indivíduo é um fator que contribui para a promoção da cidadania e as ações de cuidado oferecidas pelo serviço devem ter a cidadania como foco, de modo a fortalecer a proteção social, a saúde e o bem-estar.

1.3. A Reabilitação Psicossocial e o cuidado à população em situação de rua

Atualmente, preconiza-se que o cuidado em saúde mental esteja relacionado a aspectos de vida das pessoas e não somente à doença. Desse modo, as ações de saúde devem considerar as trajetórias dos usuários, o contexto em que se encontram e os serviços disponíveis para o cuidado (KINOSHITA, 2001; SARACENO, 1999).

Saraceno (2011; 2010) destaca que os transtornos mentais contribuem significativamente para as incapacidades e a mortalidade global, porém isso não se deve somente às doenças formalmente classificadas e diagnosticadas.

Situações de importante sofrimento psicossocial, como privação do meio afetivo e educativo na infância, violência doméstica ou social, extrema pobreza, desenraizamento dos migrantes, deslocamentos dos refugiados, isolamento das populações indígenas, entre outros, são condições que agredem a saúde mental dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais.

O sofrimento urbano advém de situações de vulnerabilidades psicossociais vividas por minorias populacionais nas grandes cidades do mundo e é descrito por Saraceno (2015, p. 01) como “uma categoria política, ética, antropológica e social que interpreta o encontro entre o sofrimento dos indivíduos e o ‘tecido social’ que habitam”. As pessoas que se encontram nessas condições, bem como aquelas que apresentam transtorno mental, frequentemente estão expostas a violações dos direitos humanos, além de apresentarem poucos recursos e grande demanda de cuidados.

De acordo com Mângia e Barros (2009), o reconhecimento e o exercício dos direitos sociais são fatores de proteção contra os processos de desfiliação e vulnerabilidade, por isso a construção da cidadania deve ser o eixo das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde.

Kleinman (2012) reflete sobre o sofrimento social nos espaços urbanos e afirma que não é possível oferecer intervenções de saúde sem intervenções sociais. Descreve também que ações de cuidado burocratizadas podem intensificar este sofrimento.

Observa-se que os serviços de saúde encontram dificuldades em oferecer os cuidados necessários à população em condição de vulnerabilidade, em especial àquelas que vivem em situação de rua, e se mostram incapazes de desenvolver ações integrais que articulem o indivíduo, sua doença, seu

contexto de vida, sua família e a comunidade a que ele pertence. Isso se deve ao fato de muitos serviços não serem projetados para as necessidades dos cidadãos, que acabam por manejar suas próprias demandas e adaptá-las às possibilidades oferecidas pelos sistemas de saúde (SARACENO, 2014). Também é possível avaliar que, por vezes, as equipes dos serviços encontram situações desafiadoras que extrapolam suas capacidades de ação e não conseguem respondê-las de forma efetiva.

Torricelli (2015) afirma que, nos contextos de assistência, situações de discriminação produzem e reproduzem a marginalização. Descreve que os serviços frequentemente desenvolvem culturas de emergência para responder às necessidades imediatas da população em situação de rua e não trabalham sua autonomia e empoderamento. Assim, corre-se o risco de objetificar algumas de suas características, mesmo ao afirmar o cuidado na perspectiva de sujeitos de direitos.

Empoderamento é um processo que confere maior capacidade de aspiração e de funcionamento, que deve extrapolar a transferência de recursos e direitos. Não é uma forma abstrata e descontextualizada de conferir poder, mas sim a implementação de processos que promovem capacidades diferentes e favorecem a aquisição de bens e recursos que ampliam o bem-estar e a liberdade (SARACENO, 2013).

Para restaurar o direito e a cidadania de pessoas em sofrimento psicossocial e destituídas de suas identidades, é necessário emprestar-lhes poder, desinstitucionalizá-las de suas identidades fictícias, reconstruir sua história e reconstruir o espaço e o tempo para possibilitar a reapropriação de sua subjetividade (SARACENO, 2011).

O cuidado em saúde mental deve se pautar na construção de relações que produzam afetos, autonomia e sentido (KINOSHITA, 2001; SARACENO, 1999). A construção dessas relações produz um duplo efeito positivo: o usuário é visto como participante ativo no cuidado e os profissionais atuam de maneira mais ativa e menos autoritária, sem sustentar uma falsa onipotência, o que consequentemente resulta em maior qualidade e efetividade dos cuidados, além de maior satisfação com o trabalho (DIAS *et al*, 2014).

Ao se compreender a complexidade que envolve o cuidado às pessoas em situação de rua, em especial àquelas que apresentam transtornos mentais, identifica-se a necessidade de se debruçar sobre as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde que atendem essa população e sobre as formas de organização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para efetivação do cuidado.

1.4. Rede de Atenção Psicossocial e cuidado em saúde mental

O campo da saúde tem como objetivo a produção do cuidado e não somente a promoção e a proteção da condição de saúde de cada indivíduo. O cuidado deve ter o cidadão como foco das ações, juntamente com seus projetos de vida e sua felicidade, de modo que as intervenções em saúde busquem retomar os aspectos psicossociais e culturais do adoecimento, ao invés de priorizar somente os recursos técnico-científicos que fragmentam a atenção ao indivíduo (GARIGLIO, 2012):

O conceito de cuidado pode mostrar ou abrir caminhos para novas respostas, a partir do momento em que os profissionais e os serviços

de saúde passam a se implicar com o projeto e a concepção de vida bem-sucedida de cada usuário e se comprometem com a ação necessária para garantir esse projeto. Então, o cuidado pode ser usado como um conceito que pode reconstruir as práticas de saúde (GARIGLIO, 2012, p. 04).

Atualmente, preconiza-se que o cuidado em saúde mental se dê por meio da rede de atenção de base comunitária, que busque facilitar o acesso das pessoas atendidas e desenvolver ações mais próximas ao contexto de suas vidas (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

No Brasil, a Política de Saúde Mental busca ordenar as ações de cuidado por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre outros objetivos, a proposta de atenção em rede visa superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, que, por vezes, se mostram insuficientes para responder aos desafios atuais de cuidado (BRASIL, 2010).

A RAPS tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos, a garantia do acesso a serviços de qualidade e a organização dos serviços em rede, com estabelecimento de ações intersetoriais para assegurar a integralidade do cuidado. Seus objetivos são: ampliar o acesso à atenção psicossocial, promover a vinculação de pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração desses pontos, com vistas a qualificar o cuidado por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011c).

A Política de Saúde Mental afirma também a necessidade de ações de saúde dirigidas à população de rua que contemplem a saúde mental e considerem as especificidades desse grupo, de modo a ampliar a rede de

serviços para o acolhimento das pessoas em vulnerabilidade (BRASIL, 2011a,c).

Por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de substâncias, a RAPS tem como objetivos a promoção de cuidados em saúde, especialmente aos grupos mais vulneráveis; a reabilitação e a inserção das pessoas atendidas na sociedade; o desenvolvimento de ações intersetoriais; a produção e oferta de informações sobre direitos, cuidados e serviços disponíveis, além da regulação e organização de demandas e fluxos assistenciais (BRASIL, 2011c).

A RAPS é composta pela Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Em cada um desses componentes se encontram diferentes pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), componentes da Atenção Psicossocial Especializada, são serviços destinados a acolher usuários com transtornos mentais severos e persistentes, estimular sua integração familiar e social, além de promover sua cidadania e estimular a busca por autonomia, protagonismo e responsabilização. Os CAPSs atuam como co-articuladores da rede de seu território, em conjunto com a Atenção Básica em Saúde, ao acionar outros pontos de atenção e desenvolver ações compartilhadas (BRASIL, 2011c; 2005; 2004).

As equipes de Consultório na Rua (CR), componentes da Atenção Básica em Saúde, são constituídas por profissionais que ofertam ações e cuidados à saúde por meio de atendimentos comunitários nos locais onde as pessoas em situação de rua se encontram. Em parceria com outros pontos de atenção, é responsabilidade dessas equipes a oferta de cuidados em saúde mental a pessoas em situação de rua em geral, a pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011c; 2012a,b).

O matriciamento é uma estratégia para a organização do trabalho em saúde na qual duas ou mais equipes se relacionam para produzir de modo cooperativo intervenções pedagógicas e terapêuticas. Essa estratégia visa construir relações horizontais entre os serviços, ampliar a comunicação e transformar a lógica tradicional e burocrática dos sistemas de saúde (BRASIL, 2011b). Segundo Campos e Domitti (2007), o matriciamento pode ampliar “possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (p. 400).

No Brasil, avalia-se que os cuidados de saúde ofertados à população se apresentam fragmentados e insuficientes, por estarem fundamentados no desenvolvimento de ações curativas, centrados nas ações médicas e dimensionados a partir da oferta dos serviços e não das necessidades da população. Além disso, são encontradas lacunas assistenciais importantes, financiamento público insuficiente e fragilidades na gestão (BRASIL, 2010).

A Política de Saúde propõe diretrizes para o acompanhamento das pessoas com transtorno mental que se encontram em situação de rua, porém a prática assistencial é permeada por desafios referentes às características

dessa população, à disponibilidade de profissionais e recursos e a entraves relacionados ao funcionamento dos serviços.

Este trabalho adota o pressuposto de que as ações dos serviços estudados, embora sejam norteadas pelas diretrizes da RAPS, são realizadas com dificuldade, por serem complexas, e geram sobrecarga aos trabalhadores. Nessa direção, o compartilhamento de ações pode favorecer o cuidado; para tanto, é necessário que a rede se encontre articulada e que os pontos de atenção favoreçam o acesso a usuários.

1.5. Interesse pelo estudo

O interesse por esse estudo parte do fato da pesquisadora ter trabalhado no CAPS Adulto II Sé de julho de 2012 a novembro de 2016. A partir de sua atuação com a equipe do CAPS e com os demais serviços do território, foram identificados desafios no cotidiano de ações junto aos usuários que se encontram em situação de rua. A busca por estratégias de superação desses desafios, em conjunto com a rede, suscitou questões referentes à organização dos serviços, aos recursos disponíveis e aos pontos de força que favorecem o desenvolvimento das ações.

O contato com essas questões e o desejo de se debruçar sobre elas motivaram a realização dessa pesquisa, trilhada de forma implicada e interessada, na intenção de contribuir para a qualificação de práticas e serviços. Seu objeto de estudo é um tema de relevância no contexto do

desenvolvimento das ações de saúde e sua investigação evidencia os avanços trilhados e os aspectos que necessitam investimento.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Conhecer as ações dirigidas às pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental, desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial da região Sé no município de São Paulo, em especial pelas equipes de CR da Unidade Básica de Saúde (UBS) Sé e do CAPS Adulto II Sé, e identificar obstáculos e pontos de força encontrados no cotidiano de trabalho.

2.2. Objetivos específicos

- a)** Conhecer as concepções que orientam o cuidado às pessoas em situação de rua;
- b)** Descrever as ações desenvolvidas pelo CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR;
- c)** Descrever as ações setoriais e intersetoriais compartilhadas;
- d)** Identificar obstáculos do cotidiano de trabalho;
- e)** Identificar pontos de força;
- f)** Conhecer a opinião dos usuários sobre o cuidado recebido.

3. O CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA OFERECIDO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Realizou-se uma revisão integrativa com o intuito de identificar elementos que contribuam para a construção da contextualização na qual essa pesquisa se insere e sustentem a discussão a ser desenvolvida (BOTELHO *et al*, 2011). Objetivou-se delinear o estado da arte do tema em questão, diante da necessidade de encontrar subsídios para discuti-lo, além de justificar a relevância do presente estudo.

A revisão integrativa busca compilar e apresentar a produção teórica sobre um tema específico, de modo a traçar uma análise sobre o conhecimento já produzido. É composta de 6 etapas bem definidas, a serem executadas de modo crítico e com rigor metodológico: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) busca pela melhor evidência, a partir do estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação e avaliação crítica dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos selecionados e integração das evidências, por meio da matriz de síntese; 5) análise, interpretação e discussão dos resultados e 6) apresentação da síntese do conhecimento produzido (SOARES *et al*, 2014; BOTELHO *et al*, 2011).

O objeto de estudo dessa revisão foi o cuidado à população em situação de rua oferecido pelos serviços de saúde. Seus objetivos foram conhecer as ações de saúde dirigidas a essa população; identificar se as ações respondem às necessidades observadas e identificar se as ações partem do diálogo entre o serviço e as pessoas atendidas.

A partir dos resultados dessa revisão, buscou-se discutir se as ações apresentadas nos estudos se mostram articuladas às diretrizes da RAPS, propostas pela Política Pública de Saúde Mental.

3.1. Métodos

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram LILACS (Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) a partir da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os descritores utilizados e associados foram “pessoas em situação de rua”, “moradia”, “saúde mental”, “serviços de saúde mental”, “atenção psicossocial” e “saúde”.

Também foram pesquisadas dissertações e teses no portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) – por meio do site www.periodicos.capes.gov.br – a partir dos termos “situação de rua” e “moradores de rua”, dentro do tema “Saúde Pública”.

Referente ao tempo de publicação, foram selecionados estudos publicados há até 10 anos (a partir de 2005). A busca por estudos para a revisão foi realizada no mês de novembro de 2015.

Nas bases de dados, os descritores foram associados da seguinte maneira: “pessoas em situação de rua AND saúde mental AND serviços de saúde mental”; “pessoas em situação de rua AND saúde mental OR serviços de saúde mental”; “pessoas em situação de rua AND saúde mental OR atenção psicossocial”; “pessoas em situação de rua OR moradia AND saúde mental” e “pessoas em situação de rua AND saúde”.

Por meio da busca realizada na base de dados LILACS foram encontrados inicialmente 176 estudos. Após a leitura criteriosa dos títulos e resumos dos artigos, com o intuito de identificar quais se adequavam aos objetivos dessa revisão, foram selecionados 23 para a leitura completa, sendo 22 artigos e uma tese de doutorado. Na busca realizada na SciELO foram encontrados 23 artigos, dos quais 4 foram encaminhados para a leitura completa, porém todos já se encontravam nos achados da LILACS.

No portal de periódicos da CAPES foram encontrados 64 resultados, entre dissertações e teses. Após leitura de título e resumo, foram selecionadas 3 dissertações de mestrado, mas que foram dispensadas após a leitura completa, por não se adequarem aos objetivos dessa revisão.

O critério para inclusão de artigos foi ter como temática principal o estudo, descrição ou problematização de ações desenvolvidas por serviços de saúde, dirigidas à população em situação de rua. Os critérios de exclusão foram:

- estudos que enfocam prevalência de diagnósticos;
- estudos desenvolvidos acerca de questões clínicas específicas, como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e tuberculose;
- estudos realizados em outros países, de modo a se manter a discussão referente às Políticas Públicas de Saúde Mental e para a População em Situação de Rua no Brasil.

3.2. Resultados

A partir da leitura criteriosa dos 23 estudos encontrados, foram selecionados 9 artigos (dos quais 4 também se encontravam indexados na SciELO) e uma tese de doutorado (Tabela 1). Foram elaborados um quadro com características dos estudos selecionados (Quadro 1) e uma matriz de síntese para análise (Quadro 2).

Tabela 1- Distribuição da seleção de publicações de bases de dados de acordo com os critérios estabelecidos para a inclusão de estudos – São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Base de dados	Encontrados	Pré-selecionados	Selecionados
LILACS	176	23	10
SciELO	23	4 (já incluídos)	4 (já incluídos)
Portal CAPES	64	3	0
TOTAL	263	26	10

Quadro 1- Características dos estudos selecionados: título; autores; local, periódico e ano de publicação; tipo de estudo – São Paulo, SP, Brasil, 2017.

	Título do estudo	Autores	Local	Revista / Ano	Tipo
1	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F.	SP	Cad Saúde Pública / 2015	Qualitativo
2	Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua	BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P.	SP	Rev Esc Enferm USP / 2014	Qualitativo
3	Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua	SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P.	PE	Cad Saúde Pública / 2014	Qualitativo
4	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde	LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S.	RS	Interface / 2014	Qualitativo
5	Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave	BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P.	SP	Physis / 2013	Revisão narrativa
6	A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos	CARNEIRO JR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A.	SP	Saúde Soc / 2010	Relato de experiência
7	Atendimento à população de rua em um centro de saúde escola na cidade de São Paulo	CANÔNICO, R. P. <i>et al</i>	SP	Rev Esc Enferm USP / 2007	Relato de Experiência
8	Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”	SOUZA, E. S.; SILVA, S. R. V.; CARICARI, A. M.	SP	Rev Esc Enferm USP / 2007	Quanti-qualitativo
9	O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença	ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P.	SP	Rev Bras Enferm / 2006	Qualitativo
10	Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios de cuidado no território e a armadilha da institucionalização	LISBOA, M. S.	SP	TESE – PUC / 2013	Qualitativo

Todos os estudos se encontram indexados na LILACS e 40% (4) deles também indexados na SciELO. A maioria das publicações (80%) é proveniente do estado de São Paulo e duas se originam de Pernambuco e do Rio Grande do Sul, respectivamente. Em relação aos periódicos nos quais os artigos se encontram publicados, 30% são da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), 20% são dos Cadernos de Saúde Pública e os demais se distribuem entre Interface – Comunicação, Saúde e Educação; Physis – Revista de Saúde Coletiva; Saúde e Sociedade; Revista Brasileira de Enfermagem; além da tese de doutorado em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo.

Quanto ao período de publicação, 30% foram publicados em 2014, 20% em 2007, um artigo e a tese são de 2013 e há um estudo de 2015, outro de 2010 e outro de 2006. Em relação à metodologia, 60% dos estudos se constituem como pesquisas qualitativas, 20% são relatos de experiência e os outros dois se distribuem entre revisão narrativa e estudo quanti-qualitativo.

Quadro 2- Matriz de síntese das características dos estudos incluídos na revisão, de acordo com objetivos, metodologia e principais resultados - São Paulo, SP, Brasil, 2017.

	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
1	Refletir acerca do cuidado destinado à população em situação de rua (PSR) numa perspectiva socioantropológica.	Observação participante, numa perspectiva socioantropológica, de uma equipe de CR.	Há dificuldades em realizar ações devido ao modo de funcionamento de serviços e a obstáculos construção da rede. Oferta de cuidados é restrita, diante das necessidades observadas. Equipe pauta suas ações na construção do vínculo, na autonomia e no respeito, sem focar somente na intervenção clínica.
2	Compreender e avaliar o trabalho da assistência intersetorial sobre a inserção e o fluxo de pessoas em situação de rua, com transtorno mental grave, nos serviços públicos de	Estudo de caso, composto de observação participante em albergue; entrevistas semi-estruturadas com 4 usuários do albergue acompanhados em CAPS; duas entrevistas não diretivas em grupo (5 técnicos da assistência	Há diferenças entre o programado e o realizado. Faltam ações da saúde no território e há divergência de ações entre diferentes setores. Ações da assistência facilitam acesso e vinculação, mas há dificuldades em compartilhar ações devido a restrições dos serviços e ausência de fluxos.

	saúde mental.	social, no total).	
3	Conhecer as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes de CR; descrever estratégias de atuação, conhecer o entendimento das equipes sobre educação em saúde e desvelar os sentimentos sobre o processo de trabalho na rua.	Estudo exploratório descritivo realizado junto a duas equipes de CR, composto de observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 15 trabalhadores.	Ações como abordagens no território, visitas noturnas, planejamento de ações, mapeamento do território e trabalho em equipe contribuem para o desenvolvimento do trabalho. Vínculo é visto como imprescindível, bem como o diálogo e a escuta com usuários. Ações oriundas das necessidades do campo e da demanda de usuários. Barreiras advindas de outros serviços limitam acesso. Equipe é um elo entre a rua e a saúde.
4	Problematizar a estratégia de acolhimento e cuidado em saúde do Consultório de/na Rua, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho.	Análise de diários de campo escritos pelos trabalhadores de uma equipe de CR.	As ações da equipe explicitam necessidades de saúde da população em situação de rua para a rede de cuidados. As ações são construídas a partir das particularidades de cada sujeito. Não há disponibilidade e preparo em todos os serviços para lidar com o inusitado que advém do campo, o que pode produzir ações impositivas e desarticuladas dos sujeitos.
5	Compreender questões ligadas ao acesso e à acessibilidade de moradores de rua aos serviços de saúde mental a partir da intermediação feita pelo setor de assistência social.	Revisão narrativa de literatura. Levantamento bibliográfico na base de dados Scielo e no banco de teses da CAPES.	Serviços de saúde mental com dificuldades de realizar atendimentos na rua. O modo como o serviço responde às peculiaridades da população facilitam ou dificultam o acesso e o cuidado. Usuários chegam ao serviço por intermédio da assistência.
6	Relatar a experiência da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a atenção à saúde da população em situação de rua da cidade de São Paulo.	Descrição do processo de implantação das equipes de Saúde da Família para a população em situação de rua: projeto "A gente na rua", em SP.	Equipes objetivam acompanhar pessoas em seu local de moradia, vinculando-as à UBS, e desenvolver ações básicas de saúde por meio da assistência in loco e integração com serviços e recursos locais. Iniciativa favoreceu o acesso.
7	Não explicita o objetivo. Artigo relata a experiência do programa "A gente na rua" em um Centro de Saúde Escola	Descrição do funcionamento do Centro de Saúde Escola e da Equipe "A gente na rua" dessa unidade.	Equipe realiza acolhimento e abordagem das pessoas em situação de rua, na unidade ou no território. Focado nas ações clínicas e atribui a resistências do usuário a não adesão à unidade.
8	Realizar um diagnóstico das instituições públicas, privadas e entidades sociais que têm como público-alvo pessoas adultas em situação de rua na região central do município de São Paulo, identificando seus princípios norteadores.	Pesquisa-ação realizada com 19 equipamentos. Foi aplicado um questionário semi-estruturado a todos e realizada oficina participativa com 5 deles, na qual se desenvolveu discussões e reflexões sobre o conhecimento acerca das instituições e sobre o relacionamento entre elas.	As instituições vêm a PSR como um ser desprovido de tudo e costuma impor valores próprios além de manter ações assistenciais, paliativas e cronificantes. Saber técnico e imposição de valores prevalece, o que indica pouca articulação com a população. Incoerência entre tal prática e os norteadores apontados (emancipação, direitos, geração de renda, cidadania e rede social). Setor saúde favorece a articulação.
9	Conhecer o significado do processo saúde-doença-cuidado para PSR e trabalhadores de um centro comunitário de atendimento à população de rua na cidade de São	Pesquisa qualitativa, exploratória. Entrevista semi-estruturada realizada com 4 adultos em situação de rua e 4 agentes comunitários que trabalham em um centro comunitário para essa	Para os entrevistados, o processo saúde-doença depende do indivíduo e o cuidado é responsabilidade dos serviços de saúde. Trabalhadores acreditam que o serviço é de má qualidade devido ao despreparo dos profissionais para lidar com essa

	Paulo.	população.	população.
10	Investigar como se configura a rede de atenção e cuidado destinada às PSR em sofrimento mental. Investigar como se articulam as intervenções em Saúde para essa população. Acompanhar, a partir de situações-problema, como são acionadas redes de cuidado e sobrevivência frente às necessidades de saúde. Compreender a potência das relações de cuidado.	Estudo etnográfico: Uma equipe do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio de uma UBS do centro da cidade de São Paulo foi acompanhada durante um ano. As observações foram registradas em diário de campo e a análise foi feita através das narrativas dos diários de campo.	Equipe atua em consonância com os PTS (projeto terapêutico singular) de cada usuário e efetiva ações mesmo com uma rede enfraquecida e com serviços excludentes. A equipe, ao atentar às vulnerabilidades, consegue dar suporte ao sofrimento e às necessidades em saúde e se responsabiliza pelo cuidado integral dessas pessoas. Tem a autonomia, o vínculo e o acolhimento como focos. Há o risco das ações serem atravessadas por práticas de poder e dominação e produzirem armadilhas de institucionalização, na qual muitas vezes a PSR com transtorno mental acaba por ser internada em hospitais psiquiátricos ao invés de se pensar em um cuidado no território.

A leitura criteriosa dos estudos encontrados permitiu a sistematização dos achados em três categorias correlacionadas aos objetivos dessa revisão:

1) Características das ações de saúde que buscam responder às necessidades da população em situação de rua; 2) Fatores que limitam as ações de saúde e restringem a resposta às necessidades da população em situação de rua e 3) Participação das pessoas em situação de rua no planejamento e na execução das ações oferecidas pelos serviços de saúde. Cada uma delas será apresentada a seguir.

3.2.1. Características das ações de saúde que buscam responder às necessidades da população em situação de rua

Todos os estudos, além de indicarem ações desenvolvidas junto às pessoas em situação de rua, problematizam necessidades dessa população bem como sua complexidade. Seis estudos descrevem e debatem experiências

concretas de equipes de saúde (HALLAYS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; LONDERO *et al*, 2014; LISBOA, 2013; CARNEIRO JR *et al*, 2010, CANÔNICO *et al*, 2007), um deles descreve uma experiência de trabalho intersetorial realizado pela assistência social e pela saúde mental (BORYSOW; FURTADO, 2014), outros abordam a visão de serviços que atendem essa população sobre o cuidado desenvolvido pela saúde (SOUZA *et al*, 2007; ROSA *et al*, 2006) e um último apresenta uma revisão que indica questões referentes ao cuidado em saúde mental a essa população (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Alguns estudos evidenciam a dificuldade das pessoas em situação de rua acessarem o serviço de saúde e perceberem a necessidade de cuidado a si mesmas, o que se encontra ainda mais agravado no caso de pessoas que apresentam transtorno mental. Esses estudos indicam a relevância de profissionais que atuem como mediadores e realizem uma aproximação entre tais pessoas e os serviços. Descrevem também que esses mediadores geralmente são profissionais da assistência social, pois algumas vezes a saúde realiza poucas ações na rua, como busca ativa e atendimentos extradomiciliares (BORYSOW; FURTADO, 2014; 2013).

Os estudos que apresentam o trabalho desenvolvido por equipes de Consultório de/na Rua (HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; LONDERO *et al*, 2014; LISBOA, 2013) e pelo projeto “A Gente na Rua” – equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) para a população em situação de rua, na cidade de São Paulo (CARNEIRO JR *et al*, 2010; CANÔNICO *et al*, 2007), descrevem a presença do setor saúde nas abordagens a essa população e no desenvolvimento de cuidados por meio da atuação no território e do estabelecimento de vínculo entre equipes e usuários.

Silva *et al* (2014) referem que as abordagens realizadas por duas equipes de Consultório de Rua de Recife e Olinda se dão no local onde vivem as pessoas em situação de rua e buscam oferecer cuidados e redução de agravos fora do espaço institucional. O mapeamento do território, bem como seu estudo e o contato prévio com a comunidade, são apontados como fatores que facilitam o desenvolvimento de ações. Essa equipe também realiza ações noturnas, por compreender que a população de rua é itinerante e nem sempre se encontra nos mesmos locais de abordagem durante o dia, e refere que essa iniciativa amplia o acesso.

O estudo de Carneiro Júnior *et al* (2010) descreve a organização do projeto “A Gente na Rua”, desenvolvido em algumas UBSs da cidade de São Paulo, e afirma que suas ações ampliaram o acesso da população em situação de rua a serviços da atenção básica ao ter como objetivos a prestação da assistência *in loco*, diante de necessidades, e a atuação de forma integrada com os diversos segmentos da comunidade.

Souza *et al* (2007), ao estudarem as instituições que desenvolvem ações junto a pessoas em situação de rua no centro da cidade de São Paulo, identificaram que o setor saúde influencia positivamente a articulação de ações em rede, possivelmente por ter um histórico de busca pela universalidade, integralidade e equidade e por oferecer a perspectiva de promoção de saúde.

Alguns estudos compreendem que o trabalho em equipe, realizado de modo multidisciplinar e interdisciplinar, é de grande relevância, pois possibilita a apreensão ampliada das necessidades da população, a oferta de cuidado integral (SILVA *et al*, 2014) e o rompimento com o modelo médico centrado, ao partilhar o gerenciamento de casos (LISBOA, 2013). O trabalho nessa

conformação permite também a adaptação de ações diante de eventualidades e de demandas inusitadas, como falta de espaços e apoios, que possam advir da presença da equipe no território (LONDERO *et al*, 2014).

A função do agente comunitário de saúde (ACS) é descrita por Carneiro Júnior *et al* (2010) e destacada por Lisboa (2013) como potencializadora da sua presença na equipe, por primar pela produção de vínculos e acolhimento de demandas, além de mesclar saberes, posições sociais e diferentes formações.

Londero *et al* (2014) destacam que a interação da equipe de Consultório de/na Rua com a população em situação de rua em seus diversos contextos permite a apreensão de necessidades ampliadas de cuidado e a expressão dessas necessidades para a rede.

Lisboa (2013) refere que a equipe de Estratégia de Saúde da Família para a População de Rua estudada mantém-se atenta às situações de vulnerabilidade, consegue dar suporte ao sofrimento dos usuários e atua em consonância com as necessidades de saúde observadas; porém explicita que é preciso abrir caminhos para que seja possível efetivar ações.

3.2.2. Fatores que limitam as ações e restringem a resposta às necessidades da população em situação de rua

De um modo geral, os estudos avaliam que as equipes que oferecem cuidado à população em situação de rua muitas vezes encontram limitações

para executar ações devido às dificuldades dos demais serviços de saúde em oferecer atendimento a essa população e compartilhar o cuidado.

A situação da população, que em sua maioria encontra dificuldades em manter o autocuidado e, em decorrência, se apresenta com falta de higiene, associada aos efeitos do uso de álcool e/ou drogas, provocam o afastamento dos profissionais, produzem restrições nos acolhimentos e por vezes impedem atendimentos (HALLAIS; BARROS, 2015; BORYSOW; FURTADO, 2014; 2013). Requisições burocráticas, como a exigência de documentos e comprovante de residência, além de limitações no agendamento de consultas e inflexibilidade de horários, reforçam o processo de exclusão vivenciado (HALLAIS; BARROS, 2015).

A exigência da presença de familiares e/ou de pessoas responsáveis feita por hospitais ou pronto socorros muitas vezes impede que as pessoas em situação de rua sejam atendidas ou internadas (HALLAIS; BARROS, 2015; BORYSOW; FURTADO, 2013). Tais obstáculos colocados pelos serviços representam uma forma de exclusão, que burocratiza a prática e reforça o preconceito ao qual essa população se encontra exposta (SILVA *et al*, 2014; LISBOA, 2013).

Lisboa (2013) avalia que a rede de serviços na qual se desenvolveu o estudo se apresenta fracamente estabelecida e não se responsabiliza pelo cuidado à população em situação de rua. Borysow e Furtado (2014) também apontam que a articulação entre os serviços da rede é difícil e que muitas vezes os fluxos não são instituídos e se efetivam apenas por meio de contatos pessoais.

Outro aspecto apresentado como dificultador à realização de boas práticas é a discrepância de atuação e a desarticulação entre diferentes serviços e/ou setores. Enquanto alguns serviços baseiam suas ações no respeito à população e na promoção de sua autonomia, outros atuam de forma autoritária, impositiva e higienista (HALLAIS; BARROS, 2015; BORYSOW; FURTADO, 2015; LISBOA, 2013).

Londero *et al* (2014) compreendem que o trabalho com essa população provoca nos profissionais angústia e sofrimento pelo contato com diversas situações de desamparo, além de demandar intenso investimento afetivo. Tais condições são difíceis de serem manejadas e podem produzir ações desarticuladas dos sujeitos, prescritivas, resolutivas e impositivas.

Lisboa (2013), apesar de reconhecer a consonância do trabalho realizado com as proposições da Política Pública e com o cuidado integral, explicita o risco das ações serem atravessadas por práticas de poder e dominação, que podem se desdobrar em intervenções de controle e regulação, e culminar na institucionalização.

Alguns estudos (BORYSOW; FURTADO, 2014; SOUZA *et al*, 2007) apresentam dissonâncias entre o que os serviços se propõem a fazer e o que de fato realizam. Souza *et al* (2007) destacam que instituições dirigidas à população em situação de rua apresentam em seus objetivos termos como “emancipação, direitos, geração de renda, cidadania e rede social” (p. 813), porém desenvolvem práticas assistencialistas e costumam impor seus próprios valores a ela, em resposta à visão de que são seres desprovidos “de tudo, inclusive de história, vontades, valores e costumes” (p. 813). Os autores ainda observam que o saber técnico e a imposição de valores prevalecem, o que

indica pouca escuta e articulação com as pessoas em situação de rua e seus representantes.

O estudo de Canônico *et al* (2007) descreve a experiência de uma equipe do projeto “A Gente na Rua” em um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo e aponta algumas estratégias desenvolvidas por essa equipe para a continuidade do cuidado da população em situação de rua e sua vinculação ao serviço. Porém no trecho abaixo culpabiliza o usuário por sua não adesão:

(...) frequentemente é necessário lembrar ao morador de rua sobre as condutas tomadas e reforçar que o tratamento e continuação do acompanhamento dependem mais dele do que do próprio serviço (...) há ainda muita resistência por parte dessa população em aderir à unidade de saúde enquanto usuário do SUS e reconhecer que é preciso cuidar da saúde (...) (p. 802).

Os achados do estudo de Rosa *et al* (2006) mostram que os trabalhadores de um centro comunitário para a população em situação de rua consideram que “cabe ao indivíduo em situação de rua saber se cuidar” (p. 333); “o processo saúde-doença depende do indivíduo e o cuidado é responsabilidade dos serviços de saúde” (p. 334). Na opinião desses trabalhadores, os serviços de saúde são de má qualidade devido ao despreparo de profissionais para lidar com essa população e à discriminação na prestação de cuidados. Os autores percebem a necessidade de equipes maiores e de formações e capacitações aos profissionais sobre as especificidades dessa população, o que também é encontrado em outros estudos (LONDERO *et al*, 2014; BORYSOW; FURTADO, 2013; SOUZA *et al*, 2007).

Hallais e Barros (2015) compreendem que a oferta de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS) é limitada, diante das condições de

precariedade, privação e invisibilidade vivenciadas pela população em situação de rua, e ressaltam que as políticas públicas atuais não garantem o cuidado o integral. Lisboa (2013) observa a necessidade de se construir uma linha de cuidado para essa população que seja pautada nas suas características e leve em conta determinantes do processo saúde-doença e os principais problemas clínicos, além das dificuldades enfrentadas no relacionamento com a rede de cuidados.

3.2.3. Participação das pessoas em situação de rua no planejamento e na execução das ações oferecidas pelos serviços de saúde

Alguns estudos destacam a importância da prática ser pautada na relação entre o serviço e o usuário. Hallais e Barros (2015) referem que as ações desenvolvidas pela equipe estudada são norteadas pelo estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as pessoas atendidas e levam em conta a escuta qualificada, o olhar humanizado, o respeito às escolhas e autonomia de cada sujeito e a redução de danos como conduta. Afirmam também que o trabalho se constitui como um cuidado emancipador e se constrói a partir do encontro, com o objetivo de dar visibilidade às pessoas, ao invés de focar somente na melhora clínica.

Silva *et al* (2014) também consideram imprescindível a construção do vínculo com as pessoas atendidas, porém avaliam que isso exige criatividade e envolvimento afetivo, e destacam a relevância da relação dialógica e da escuta. Sobre a especificidade do trabalho realizado, descrevem que as práticas

territoriais se dão a partir das necessidades do campo e que a equipe se constitui como um elo entre a rua e a saúde. São realizadas oficinas no território, de acordo com interesses e possibilidades, que incentivam participação e vinculação. As ações são desvinculadas de um olhar puramente assistencialista e partem da demanda do usuário. Referem, inclusive, que ao colocar o desejo da pessoa em primeiro lugar, são evitadas frustrações por parte da equipe.

Londero *et al* (2014) evidenciam a necessidade de cuidados e pausas reflexivas no decorrer do trabalho, para que seja possível substituir o saber profissional pelo cuidado em composição, que leve em conta o desejo da pessoa.

No trabalho desenvolvido pela equipe estudada por Lisboa (2013), a demanda das ações parte do sujeito e busca-se o respeito pelo que o usuário apresenta como prioridade. Observa-se o comprometimento com a demanda de cuidado identificada e o enfoque na construção de vínculo e no incentivo à autonomia.

É possível verificar que, nas experiências de trabalho citadas (HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; LONDERO *et al*, 2014; LISBOA, 2013), a construção do vínculo é caracterizada como relevante para o desenvolvimento das ações. A participação do usuário nesse processo também é vista como importante, por contribuir com práticas pautadas na ética, que levam em conta o desejo do sujeito, suas necessidades e prioridades.

3.3. Discussão

Por meio da presente revisão integrativa, na qual 9 artigos e uma tese de doutorado foram analisados, buscou-se identificar se as ações de saúde descritas na literatura respondem às necessidades das pessoas em situação de rua e se levam em conta as prioridades e opiniões apontadas por elas.

Alguns estudos (HALLAYS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; LONDERO *et al*, 2014, CARNEIRO JR *et al*, 2010, CANÔNICO *et al*, 2007) descrevem experiências de equipes de CR ou do Programa/Estratégia Saúde da Família para a população em situação de rua, que antecederam a instituição dos Consultórios na Rua, e o estudo de Borysow e Furtado (2014) apresenta o trabalho intersetorial de cuidado às pessoas em situação de rua desenvolvido pela assistência social e por um CAPS. Como as equipes de CR e os CAPSs são componentes da RAPS, considera-se importante discutir se os achados dessa revisão estão em consonância com os conceitos e diretrizes apontados pelas portarias que definem a RAPS (BRASIL, 2011c) e a RAS (BRASIL, 2010).

Alguns estudos descrevem a experiência de equipes (HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; LONDERO *et al*, 2014; LISBOA, 2013) ou apresentam propostas de atuação de equipes (CARNEIRO JR. *et al*, 2010) que se mostram comprometidas com o trabalho desenvolvido e que parecem ancorar as ações em conceitos como vínculo, escuta, responsabilização, clínica ampliada, cuidado integral, intersetorialidade, respeito aos direitos humanos e garantia de autonomia e liberdade (BRASIL, 2011c). A atenção básica se apresenta como articuladora da rede, conforme preconizado, e há

indícios de reflexões, trocas e cruzamento de saberes entre as profissões nos locais de trabalho (BRASIL, 2010).

Porém são indicados obstáculos nesse processo. Algumas equipes (HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; BORYSOW; FURTADO, 2014; 2013; LISBOA, 2013; SOUZA *et al*, 2007) descrevem dificuldades em articular o trabalho em rede de modo a responder a urgências e realizar ações complexas, o que indica insuficiente integração dos pontos da rede de cuidado e ausência de corresponsabilização (BRASIL, 2010).

O modo de funcionamento de alguns serviços, ao limitar o acesso de usuários devido a preconceitos, burocratizações e não flexibilizações de práticas diante de necessidades apresentadas pelas pessoas em situação de rua, conforme apontam alguns estudos (HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA *et al*, 2014; BORYSOW; FURTADO, 2014; 2013; LISBOA, 2013; SOUZA *et al*, 2007), pode se apresentar como uma barreira à efetivação do trabalho em rede, juntamente com a ausência de fluxos entre os serviços (BORYSOW, FURTADO, 2014) e de linhas de cuidado para a população em situação de rua (LISBOA, 2013).

Aspectos como o risco de imposição de saberes e de execução de ações resolutivas e assistenciais, advindos dos sentimentos de desamparo e angústia provocados pelo contato com a vulnerabilidade à qual a população de rua se encontra submetida (LONDERO *et al*, 2014; LISBOA *et al*, 2013), compõem uma possível fonte de sobrecarga profissional e explicitam a necessidade de educação permanente, preconizada pelas portarias (BRASIL, 2011c; 2010) e identificada em alguns estudos (LONDERO *et al*, 2014; BORYSOW; FURTADO, 2013; SOUZA *et al*, 2007, ROSA *et al*, 2006).

Os estudos evidenciam importantes contribuições das equipes de saúde aos cuidados da população em situação de rua. A presença cotidiana de profissionais junto a essas pessoas favorece o reconhecimento de suas necessidades e a construção de relações de confiança.

A vinculação ao usuário, sua escuta e o seu envolvimento no cuidado são fatores que contribuem para a realização do trabalho. Observam-se esforços em responder às necessidades observadas e alinhar as ações às normativas que regem os serviços públicos de saúde, porém são muitos os desafios encontrados nesse processo.

Há a necessidade de se refletir sobre maneiras de ampliar o acesso e expandir ações de cuidado, de modo a implicar serviços, gestores e políticas nesse processo, e sobre os impactos produzidos por este trabalho no cotidiano dos profissionais.

Um aspecto que chama a atenção nessa revisão é o reduzido número de estudos encontrados, além do fato de serem estudos pequenos e limitados, restritos à análise de situações pontuais. Acredita-se que esta é uma área que demanda maiores pesquisas e investigações, inclusive estudos observacionais e mais abrangentes em termos populacionais, de modo a produzir evidências mais consistentes, bem como referenciais e novas reflexões para a prática de equipes de saúde, o que justifica a relevância da atual pesquisa.

4. METODOLOGIA

Este estudo se insere no campo da pesquisa qualitativa e busca acessar a compreensão de sujeitos acerca da realidade em que se encontram, de modo a captar o sentido que atribuem às suas experiências, ao descrevê-las, e explorar a globalidade de seus contextos (MINAYO, 1992; POPE; MAYS, 2009; GIL *et al*, 2006).

Para Flick (2009a), o surgimento de novos contextos e perspectivas sociais, a partir de mudanças sociais aceleradas, contribui para a identificação de novas situações que não são possíveis de serem acessadas a partir de metodologias dedutivas tradicionais. Tais situações poderão ser exploradas e melhor compreendidas a partir de conceitos que favoreçam a abordagem desses contextos sociais.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão subjetiva da experiência humana e seu significado. A significação é compreendida como um elemento organizador na vida do ser humano, inerente aos atos, relações e estruturas sociais; quando partilhado culturalmente, organiza grupos sociais em torno de representações. A apreensão de significados na metodologia qualitativa se dá a partir da intersubjetividade, pelo fato do conhecimento ser construído pelo pesquisador e pelo objeto de estudo a partir de uma relação dialética (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; TURARO, 2005; MINAYO, 1992).

A metodologia qualitativa se fundamenta na postura reflexiva do pesquisador diante do contexto em questão e na escolha cuidadosa de métodos variados, que se mostrem apropriados para a apreensão de diferentes participantes e suas perspectivas (FLICK, 2009a). Nesse contexto, o

pesquisador é considerado um instrumento de pesquisa, pois a apreensão dos objetos de estudo se dará por meio dele (TURARO, 2005).

Conforme indicado anteriormente, este estudo se constituiu a partir do olhar interessado da pesquisadora enquanto profissional do CAPS Adulto II Sé e sua entrada em campo se deu a partir da metodologia qualitativa com inspiração etnográfica. A imersão neste território ao longo de 4 anos fomentou a formulação de questões sobre a prática, em especial sobre o cuidado às pessoas em situação de rua pela rede local, e o interesse por contribuir para a qualificação das ações e dos serviços.

Dalmolin *et al* (2002) apontam que

A escolha de um caminho para as nossas investigações não ocorre aleatoriamente, mas depende do objeto de pesquisa, do enfoque ou de que lugar desejamos abordá-lo. Deixar-se envolver por esta perspectiva não é perder o rumo, mas abrir-se para novas possibilidades de conhecimento do objeto de pesquisa. Ao deixá-lo "falar" ele pode nos conduzir a procedimentos diversificados e mais abrangentes antes não pensados. É o que nos parece ocorrer com a abordagem etnográfica (p. 21).

Ao buscar ferramentas metodológicas na Antropologia, a etnografia possibilita a constante aproximação da dinâmica do grupo social estudado, o que contribui com a compreensão do sentido de experiências e de estratégias que esse grupo lança mão para enfrentar o cotidiano. Porém a inserção do pesquisador no campo e a relação que se estabelece com os sujeitos de pesquisa são aspectos que precisam ser considerados (DALMOLIN *et al*; 2002).

4.1. Construção do papel de pesquisador

No decorrer da pesquisa foi necessário refletir sobre a construção do papel de pesquisadora e o lugar por ela ocupado na relação com os serviços, profissionais e usuários estudados. Marques (2010), cujo estudo teve seu local de trabalho como objeto de pesquisa, explicita que a condição de trabalhador no serviço estudado contribui para a entrada e permanência do pesquisador no contexto, mas exige o desenvolvimento de precauções metodológicas.

De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004),

As considerações sobre o pesquisador e a relação que ele estabelece nas pesquisas de cunho qualitativo são importantes, pois a máxima objetividade só pode ser alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo. Portanto, as qualidades de todo objeto são sempre relacionais; derivam das condições e relações nas quais se acha cada objeto em cada momento (p. 49).

Para apresentar o projeto de pesquisa aos serviços, os pareceres de aprovação nos Comitês de Ética foram entregues aos gestores do CAPS Adulto II Sé e da UBS Sé e os objetivos, bem como os procedimentos metodológicos, foram apresentados, juntamente com o cronograma da pesquisa. Após consentimento dos gestores para o início da coleta de dados, a pesquisadora participou de reuniões de equipes do CAPS e das duas equipes de CR para apresentar os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa. Explicitou-se que a adesão dos profissionais seria voluntária.

A partir de então, foram feitas abordagens aos profissionais das equipes em busca de disponibilidade e interesse em contribuir com a realização de entrevistas e no intuito de programar momentos para a realização da observação participante, e desse modo deu-se início à coleta de dados.

4.2. Coleta de dados

Foram utilizadas estratégias e procedimentos de pesquisa diversificados para coletar e analisar os dados, de forma a ampliar sua qualidade e fidedignidade por meio de procedimento de triangulação. Dentre eles, estão a pesquisa documental, a entrevista semi-estruturada, a observação participante e a elaboração do caderno de campo (FLICK, 2009a,b).

A pesquisa documental consistiu na busca e leitura de textos da Política de Saúde Mental e das políticas voltadas ao cuidado à população em situação de rua, bem como dos projetos institucionais do CAPS Adulto II Sé e das equipes de CR da UBS Sé, além de registros e estatísticas de cada serviço e da rede, que nortearam a coleta de dados. Todos os dados foram coletados no período entre fevereiro e abril de 2016.

4.2.1. Entrevista semi-estruturada

A entrevista permite a capacitação imediata da informação desejada e favorece o acesso a dados que dificilmente seriam obtidos a partir da observação direta, como pensamentos, sentimentos e intenções. Seu propósito é colocar o entrevistador em contato com a perspectiva do entrevistado (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Optou-se pela entrevista semi-estruturada como forma de coleta de dados junto às equipes e às pessoas atendidas pelos serviços, por ser esta uma forma de condução que parte de questões iniciais relevantes ao tema da pesquisa e que permite que o entrevistado siga espontaneamente a linha de

seu pensamento e de suas experiências, a partir do foco oferecido pelo entrevistador (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Foram elaborados roteiros para as entrevistas com os gestores (Apêndice 3), profissionais (Apêndice 4) e usuários (Apêndice 5), que explicitam conteúdos de interesse, com o cuidado de não direcionar opiniões e não induzir respostas, de modo a não explicitar as referências do entrevistador e assim captar a estrutura de sentidos própria de cada entrevistado (POPE; MAYS, 2009; FLICK, 2009).

A entrevista busca a captação de percepções do entrevistado a partir de sua interação com o entrevistador, porém é importante ressaltar que a fala do entrevistado expõe ocorrências, impressões e pensamentos que partem de seu próprio ponto de vista e que, portanto, não é a retratação direta e objetiva da realidade.

Quanto à escolha dos participantes, optou-se por entrevistar profissionais do CAPS que se articulavam à UBS Sé, posto que sua equipe se divide em três equipes menores que desenvolvem trabalho de matriciamento nas diferentes UBSs da área de abrangência. Buscou-se uma representação homogênea entre profissionais com formação técnica e superior deste serviço e a representação de todas as categorias profissionais que compõem as equipes de CR.

Foram realizadas entrevistas com os gestores dos 2 serviços; com 4 profissionais do CAPS Adulto II Sé (1 auxiliar de enfermagem, 1 técnico de farmácia, 1 psicólogo e 1 terapeuta ocupacional) e com 13 profissionais de ambas as equipes de CR: 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 médico, 2 enfermeiros, 1 auxiliar de enfermagem, 2 agentes sociais (AS – profissionais de

nível médio que se encarregam de levar usuários a consultas e a serviços da assistência, como postos para retiradas de documentos e centros de acolhida para pernoite) e 5 agentes comunitários de saúde (ACS – profissionais de nível médio que se dividem pelo território de abrangência e referenciam os usuários que nele se encontram; responsáveis pela abordagem no território, por levar discussões dos casos para a equipe e por desenvolver ações de cuidado, compartilhadas ou não, junto aos usuários acompanhados) (ver Tabela 2).

É importante apontar que a adesão dos profissionais à realização da entrevista foi voluntária e se deu a partir de um convite inicial, seguido do agendamento de horário para sua realização, mediante sua disponibilidade. Houve restrita adesão dos profissionais de uma das equipes de CR às entrevistas: dos 13 profissionais que aceitaram participar, somente 3 eram de uma das equipes e os demais eram da outra.

Tabela 2- Entrevistas realizadas com os profissionais e gestores do CAPS Adulto II Sé e das equipes de CR da UBS Sé – São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Serviço	Gestores	Profissionais	Total
CAPS Adulto II Sé	1	4	5
CR	1	13	14
TOTAL	2	17	19

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com usuários acompanhados pelo CAPS Adulto II Sé e pela equipe 5 ou pela equipe 8 do CR da UBS Sé, com o objetivo de captar a perspectiva de pessoas atendidas pelos serviços sobre o tema em questão. Foram realizadas entrevistas com 5 usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

A transcrição das entrevistas foi realizada em consonância com as indicações propostas pela literatura. Como se trata de uma análise de conteúdo

e não da análise semântica do discurso, os vícios de linguagem oral foram retirados no momento da escrita (SEIDMAN, 2003).

Os trechos de entrevistas apresentados nos resultados mantiveram as palavras do entrevistado e seus significados, porém foram feitas edições para facilitar a compreensão do leitor: compactação do discurso; inclusão de palavras em colchetes que contribuam com a compreensão; retirada de trechos que dificultem a leitura fluente (WEISS, 1995) e de interjeições e incorreções gramaticais (SEIDMAN, 2003); substituição ou retirada de trechos que permitam a identificação do entrevistado (SEIDMAN, 2003; WEISS, 1995).

4.2.2. Observação participante e elaboração do caderno de campo

A observação participante, de inspiração etnográfica, foi realizada com o objetivo de identificar fenômenos que só podem ser apreendidos a partir do contato do pesquisador com a realidade cotidiana dos serviços. Também objetivou intensificar a expressividade dos dados reunidos e aumentar sua fidedignidade por meio da triangulação, ao validar materiais, aprofundar conteúdos e possibilitar a obtenção de temas de consenso (FLICK, 2009a,b).

De modo a definir limites quanto ao lugar assumido pela pesquisadora nas observações participantes e sua interferência no contexto estudado, pelo fato dela trabalhar em um dos serviços estudados no período da coleta de dados, foi adotada a sugestão descrita por Minayo (1992) de “participante-como-observador”, pois foi considerado relevante o esclarecimento aos sujeitos envolvidos da relação e interesse com o campo.

Ao longo do processo de observação foram apresentados os objetivos da pesquisa aos profissionais presentes e reforçada a posição da pesquisadora enquanto observadora, de modo a diferenciar este papel de sua função profissional.

As observações foram guiadas por um roteiro observacional e registradas no caderno de campo (Apêndice 6), que contemplou informações, impressões, fatos e demais aspectos que contribuíram para a compreensão do objeto estudado.

Foram realizadas 27 horas de observação: 10 horas foram referentes a ações do CAPS, 12 horas referentes ao CR e 05 horas referentes a ações compartilhadas. A estrutura da observação foi modulada a partir das características das ações e das equipes que compõem os serviços, de modo a incluir situações típicas da prática junto às pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental.

As observações referentes ao CAPS consistiram em 3 plantões do serviço e uma Oficina de Música realizada no território. Pelo fato de se tratar de um serviço dirigido à população em geral e atender algumas pessoas em situação de rua, optou-se por estruturar a observação participante a partir do percurso de cuidado de usuários indicados pela equipe de referência da UBS Sé, que acompanha pessoas em situação de rua em compartilhamento com o CR. Os períodos de observação foram desenvolvidos em concordância com a equipe, em momentos de ações com os usuários e de plantões, para apreender a dinâmica de funcionamento e possibilitar o acompanhamento de usuários que chegam ao serviço.

As ações das equipes do CR consistiram em períodos de atendimento e acolhimento na UBS e períodos de ações no território, como abordagens e atendimentos nas ruas e nos serviços de referência da equipe. Ambas as equipes de CR mantêm uma rotina fixa de atividades semanais, como ações no território, períodos de atendimento na UBS, distribuições de profissionais na escala de acolhimento da UBS, reuniões de equipe, reuniões de matriciamento e reuniões de rede. A partir dessa organização de trabalho, optou-se por observar as ações no território e os períodos de atendimento e acolhimento na unidade, por serem contextos relevantes e que favorecem o contato com as ações que são realizadas junto aos usuários. Tais atividades são realizadas em períodos diferentes por cada uma das equipes; portanto as observações foram programadas e estruturadas de acordo com o dia e o horário em que elas acontecem, de modo a contemplar demandas típicas de trabalho de cada equipe.

As ações compartilhadas consistiram em visitas programadas a usuários acompanhados pelos dois serviços e articulações e atendimentos feitos durante o plantão no CAPS, por profissionais de ambas as equipes.

4.3. Procedimentos éticos

De acordo com as normas para pesquisa prescritas pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP),

anteriormente ao início do trabalho de campo, e foi aprovado conforme o parecer número 1.309.689, referente ao processo CAAE 46268215.4.0000.0068 (Anexo 1). Foi também obtido consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, conforme o parecer número 1.318.055, referente ao processo CAAE 46268215.4.3001.0086 (Anexo 2).

Os objetivos e procedimentos da pesquisa foram apresentados aos participantes, cuja adesão se deu após a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais (Apêndice 1) e usuários (Apêndice 2). Optou-se por preservar a identidade dos participantes, tanto no registro dos dados quanto na análise posterior.

4.4. Análise do material coletado

A análise e interpretação de dados são o cerne da pesquisa qualitativa (FLICK, 2009a). Seu intuito é ir além da simples descrição dos dados para buscar interpretá-los de forma reflexiva e indagativa, a partir da captação de sentidos e do estabelecimento de relações entre eles (FLICK, 2009a; GIBS, 2009; POPE; MAYS, 2009).

A qualidade da pesquisa qualitativa advém de procedimentos que buscam aumentar a transparência da coleta dos dados e o grau de confiabilidade do estudo, além de assegurar adequações éticas e reduzir vieses que podem comprometer sua fidedignidade. A busca por consenso de

pares é uma forma de nortear as produções da pesquisa, de modo a não reduzir os achados ao olhar do pesquisador (FLICK, 2009b).

Os materiais obtidos a partir da textualização das entrevistas e das observações participantes foram lidos e codificados pela pesquisadora com o apoio da orientadora, de modo a chegar a um consenso quanto às categorias temáticas para proceder com a análise (GIBBS, 2009).

A partir de uma reunião para definição da forma de análise e do referencial teórico a ser utilizado, iniciou-se a leitura das transcrições de entrevistas com o intuito de realizar uma codificação híbrida, inicialmente direcionada pela codificação a partir de conceitos, mas aberta à possibilidade de surgimento de novos códigos a partir dos dados. Como refere Turaro (2005), a análise e a interpretação dos dados devem ser feitas na perspectiva dos entrevistados, de modo a favorecer a produção de conhecimentos originais.

Para a codificação a partir dos dados foram seguidas as indicações apontadas por Gibbs (2009). Os objetivos da pesquisa orientaram a codificação a partir de conceitos. Os pressupostos e diretrizes apresentados pelas Portarias da RAS (BRASIL, 2010) e da RAPS (BRASIL, 2011c) foram utilizados na análise e discussão dos dados, para enriquecê-las e para estabelecer parâmetros em relação às ações desenvolvidas.

Após o primeiro momento de leitura e codificação inicial, realizou-se nova reunião para estabelecimento do padrão de análise das entrevistas. Posteriormente seguiu-se com a leitura comparativa das demais transcrições, para registrar a frequência de surgimento das categorias.

Ao final, os achados das entrevistas com profissionais, entrevistas com usuários e registros das observações participantes no caderno de campo foram triangulados, de modo a produzir diferentes níveis de conhecimento a partir da abordagem do mesmo fenômeno por meio de métodos diferentes (FLICK, 2009b).

5. RESULTADOS

A pesquisa documental possibilitou o acesso aos projetos de trabalho dos serviços e a dados relativos ao município e à região da Sé, a partir dos quais foi possível conhecer e caracterizar o contexto do estudo, que será apresentado a seguir.

A pesquisa de campo possibilitou conhecer as ações e opiniões dos profissionais e usuários acerca do trabalho desenvolvido. A partir da leitura e categorização do material, foram propostos quatro agrupamentos teóricos vinculados aos objetivos do estudo: Singularidades do trabalho com a população em situação de rua; Ações desenvolvidas pelo CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR da UBS Sé; Ações compartilhadas pelos serviços da RAPS e Opinião dos usuários sobre o cuidado recebido.

5.1. Contexto do estudo

5.1.1. Dados sobre a região da Sé e sua RAPS

São Paulo é a cidade mais populosa do Brasil, com 11.967.825 habitantes estimados em 2015, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016b). Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,805 (IBGE, 2016a) e ocupa a 14ª posição no ranking de IDH do estado de São Paulo (FIESP, 2016).

O centro da capital tem como extensão uma área de 26,20 Km². É composto dos seguintes distritos: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé. A população estimada pelo Censo de 2000 foi de 374.680 habitantes e pelo Censo de 2010 foi de 431.106 habitantes, o que leva a perceber o significativo crescimento da densidade demográfica desta região, segundo dados da Prefeitura de São Paulo (2013).

De acordo com a FESPSP (Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo - 2011), havia, nessa região, 4.319 pessoas em situação de rua, de um total de 14.476 na cidade de São Paulo, em 2011. Em 2015 havia 15.905 pessoas em situação de rua em São Paulo, sendo que 8.570 se encontravam em centros de acolhida e 7.335 pernoitavam nas ruas. Desse grupo, 3.864 (52,7%) se encontravam na região da Sé (FIPE, 2015).

A RAPS da Coordenadoria Regional de Saúde Centro é composta por 1 Centro de Saúde Escola (CSE); 8 UBSs; 11 equipes de CR; 4 AMAs; 2 CAPSs AD III; 1 CAPS Adulto II; 1 CAPS Infantil II; 2 prontos-socorros (PS), que não são referências para saúde mental; 3 Unidades de Acolhimento; 1 hospital infantil (sem leitos para saúde mental) (ver Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos serviços da RAPS na Coordenadoria Regional de Saúde Centro – São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Linhas de atenção	Serviços
Atenção Básica	1 Centro de Saúde Escola 8 UBSs 11 Equipes de CR 4 NASFs 3 AMAs
Atenção Psicossocial Estratégica	2 CAPSs AD III (Centro e Prates) 1 CAPS Adulto II Sé 1 CAPS Infantil II Sé
Atenção à Urgência e Emergência	PS Barra Funda PS Hospital do Servidor Público Municipal (não são referências para saúde mental)
Atenção Residencial em Caráter Transitório	3 Unidades de Acolhimento mistas (2 adolescentes e 1

	adulto)
Atenção Hospitalar	Hospital Infantil Municipal Menino Jesus (sem leitos para saúde mental)

Fonte: Documento da Rede de Atenção Psicossocial (SÃO PAULO, 2014)

Em relação aos serviços da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, em 2015 a região central contava com os seguintes serviços voltados à população em situação de rua: 11 centros de acolhida para a população geral e 8 centros de acolhida especiais; 9 equipes destinadas à abordagem na rua e outros 24 serviços de média e alta complexidade indicados na tabela abaixo (Tabela 4) (SÃO PAULO, 2015).

Tabela 4- Distribuição dos serviços da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social destinados à população em situação de rua – Subprefeitura Sé – São Paulo, SP, Brasil, 2017.

Serviços	Quantidades e Especificidades
Centros de Acolhida – Alta complexidade	11 Centros de Acolhida para a população em situação de rua 3 Centros de Acolhida Especiais para idosos 2 Centros de Acolhida Especiais para pessoas em período de convalescença 1 Centro de Acolhida Especial para catadores 1 Centro de Acolhida Especial para imigrantes 1 Centro de Acolhida Especial para mulheres transexuais
Demais serviços de alta complexidade	2 Complexos de Serviço à população em situação de rua – Boraceia 2 unidades do Projeto Autonomia em Foco 10 Repúblicas para adultos
Serviço Especializado de Abordagem Social – Média complexidade	6 equipes destinadas à abordagem de adultos em situação de rua 2 equipes destinadas à abordagem de crianças e adolescentes em situação de rua 1 equipe destinada à abordagem - modalidade 4
Demais serviços de média complexidade	2 Centros POP 2 Centros de Capacitação Técnica para adultos em situação de rua 2 Espaços de Convivência para adultos em situação de rua – Tenda 1 Espaço de Convivência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social 7 Núcleos de Convivência para adultos em situação de rua 1 Núcleo de Convivência com restaurante comunitário para adultos em situação de rua 2 Serviços de Inclusão Social e Produtiva

Fonte: Observatório da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SÃO PAULO, 2015)

O CAPS Adulto II Sé e a UBS Sé com suas equipes de CR estão situados em um prédio de 6 andares na região central, pertencente à Prefeitura de São Paulo. Neste prédio também se encontram outros 7 serviços de saúde:

Assistência Médica Ambulatorial (AMA) Sé; Unidade de Exames de Imagem Sé; CAPS Álcool e Drogas (AD) III Centro; CAPS Infantil II Sé; Unidade de Medicinas Tradicionais (UMT) Centro; Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência Intelectual (APD) Sé e Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CRST) Sé. A AMA Sé e o CAPS AD Centro funcionam 24 horas por dia.

5.1.2. Apresentação dos serviços

O CAPS Adulto II Sé é um serviço em funcionamento desde julho de 2012 e até abril de 2016 contava com equipe composta por 34 profissionais: 1 gerente; 2 enfermeiras; 5 auxiliares de enfermagem; 2 médicos; 4 psicólogos; 4 terapeutas ocupacionais; 2 assistentes sociais; 1 farmacêutico; 2 técnicos de farmácia; 2 educadores físicos; 2 profissionais com formação para realização de oficinas (1 músico e 1 artista plástico); 3 funcionárias de apoio (que contribuem com o desenvolvimento de ações de cuidado, em especial o oferecimento de refeições, além de zelarem pela limpeza e manutenção do serviço); 3 auxiliares técnico-administrativos.

A equipe se divide em 3 equipes menores, compostas por 6 a 9 profissionais, responsáveis pelo acompanhamento das UBSs da região: uma equipe para UBS Sé, uma para UBS República e uma para as UBSs Boracea, Bom Retiro e Barra Funda.

De acordo com dados do serviço, em setembro de 2015 havia aproximadamente 380 pessoas em acompanhamento, em uma área cuja

população domiciliada corresponde a cerca de 300 mil pessoas (SÃO PAULO, 2013).

As duas equipes de CR (equipes 5 e 8) da UBS Sé foram instituídas em 2012, porém desde 2008 já funcionavam como equipes de Programa de Saúde da Família Especial. Elas se organizam para cobrir todo o território da UBS Sé e são compostas por 1 médico, 2 enfermeiros, 1 auxiliar de enfermagem, 6 ACSs e 2 AS. Uma assistente social e um psicólogo oferecem apoio às duas equipes.

De acordo com dados do serviço, em janeiro de 2016 cada equipe acompanhava aproximadamente 200 usuários, em uma área cuja população em situação de rua corresponde a cerca de 4 mil pessoas (FIPE, 2015).

5.1.3. Modelo de gestão

Atualmente, o modelo de gestão adotado na maioria dos serviços, exceto na UMT Centro e no CRST Sé, se dá sem a participação direta do poder público. Assim, 6 (UBS Sé; CAPS Adulto II Sé; CAPS Infantil II Sé; AMA Sé; Unidade de Exames de Imagem Sé; APD Sé) são administrados por instituições, em parcerias público-privadas com a Prefeitura, e 1 (CAPS AD III Centro) é administrado de forma mista, diretamente pela Prefeitura e por parceria público-privada.

A administração dos serviços por meio de parcerias público-privadas rompe com diretrizes tradicionais do SUS e traz riscos de privatização e descontinuidade dos projetos assistenciais. Além disso, o caráter temporário

de tais contratos tem resultado em demissões de funcionários, modificação de chefias e do estilo da gestão.

Até abril de 2016, a Unidade de Exames de Imagem Sé era administrada pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês (IRSSL); o AMA Sé era administrado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e os demais serviços (UBS Sé; CAPS AD III Centro; CAPS Infantil II Sé; CAPS Adulto II Sé; ADP Sé) eram administrados pela Associação Saúde da Família (ASF).

No período de coleta de dados (fevereiro a maio de 2016) os serviços do centro do município de São Paulo passaram por mudança administrativa, que resultou na gestão dos contratos de trabalho dos serviços da região por uma única instituição. Em maio de 2016 o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) assumiu a gestão dos serviços de saúde da região, exceto das equipes de CR, o que provocou a reestruturação do quadro funcional dos serviços, que será descrita abaixo.

O CAPS Adulto II Sé, que contava com 34 profissionais, passou a operar com 29: houve 7 demissões, 6 transferências, 4 pedidos de demissão e 8 novas contratações. Houve redução de 1 técnico administrativo e de 1 técnico de farmácia e a categoria apoio, que contava com 3 profissionais, foi extinta.

As equipes de CR não foram modificadas por não estarem incluídas no processo de mudança da gestão público-privada, porém ocorreram demissões, pedidos de demissões e transferências no restante da equipe que compõe a UBS, o que afetou o trabalho da unidade, como um todo.

5.2. Agrupamentos teóricos

5.2.1. Singularidades do trabalho com a população em situação de rua

A seguir serão apresentadas quatro categorias que discorrem sobre a singularidade do trabalho com a população em situação de rua: Desafios do cuidado; Centralidade dos vínculos; Relação entre percepção do usuário e oferta de cuidado; Singularidade do trabalho na região da Sé.

5.2.1.1. Desafios do cuidado

A caracterização da população em situação de rua apresentada pelos entrevistados denota como ela é compreendida pelos profissionais e como tal compreensão influencia as ações desenvolvidas. É consenso entre os 19 profissionais entrevistados que o desenvolvimento do trabalho junto à população em situação de rua é desafiador devido às características atribuídas a essa população, tais como nomadismo, imediatismo nas demandas apresentadas, uso de álcool e outras drogas, ausência de rede social de apoio, dificuldade de organização, percepção de discriminação e envolvimento em situações de violência.

O nomadismo é descrito como característica das pessoas em situação de rua por 11 entrevistados. É entendido como a situação permanente de circulação itinerante da pessoa em situação de rua por diferentes regiões, o que pode contribuir para a dificuldade da continuidade do cuidado:

A pessoa em situação de rua hoje está aqui, amanhã está em outro território (...) Hoje começa a medicação em determinado local, passa um mês já está em outra região e já não está mais tomando essa medicação, e passa em outro lugar e inicia outro tratamento (CR1).

O imediatismo, entendido como a urgência em obter o que deseja e dificuldade em esperar, é apresentado por 12 entrevistados como característico dessa população. Um deles reconhece que essa característica é resultado das condições e processos de vida desse grupo:

Essa população (...) não teve, muitas vezes, pai, mãe, casa, comida, e ainda para completar, sofreu alguma violência (...) essa perspectiva que a gente tem do amanhã, de saber esperar, de saber construir coisas, não existe, [a pessoa] não sabe se vai ter o que jantar e não aprendeu a esperar. Ele não sabe se vai estar vivo amanhã, então para ele essa dimensão não existe. Aqui a gente lida com o imediatismo: é para hoje, eu quero agora o banho, a comida, eu quero agora (CAPSG).

A relação entre imediatismo e reconhecimento da rede de serviços é explicitada por 3 entrevistados, que referem que a população em situação de rua conhece os serviços e recursos, porém só os procura ou aceita a ajuda ofertada quando percebe uma necessidade urgente ou quando se vê diante de piora evidente de sua condição de saúde, por vezes percebida primeiramente pelos profissionais de saúde e não pelo usuário:

Sobre o acesso aos serviços, a maioria é capaz de dar uma aula. Eles sabem bem mais que a gente como funciona, onde tem, onde não tem. E só acessam quando querem (CR13).

Em reconhecimento a este aspecto, 4 entrevistados compreendem que é importante responder à solicitação de cuidado da pessoa em situação de rua no momento em que ela procura o serviço ou aceita ajuda. Deve-se levar em conta seu imediatismo, pois, caso isso não ocorra, há o risco de se perder a possibilidade de oferta de cuidado:

O usuário é imediatista, é naquele momento que ele decidiu querer se ajudar. E [quando] a gente [chega nos serviços, encontra profissionais que não atendem e dizem]: “não é aqui, tem que ir lá”, e até o paciente percebe e já desiste também. Acho que é uma falta de comprometimento do especialista (...) se aquele é o momento [do

usuário], se ele aceitou ajuda [é porque] teve todo um convencimento. [E se não dá certo] você tem que iniciar tudo de novo. Fica ruim para o ACS, pois quando volta para a área, eles falam: “aquele dia fui com você, a gente subiu e desceu, a gente foi atrás desse, desse e aquele e não funcionou nada... ah não quero mais, deixa assim como está”, e volta tudo para a estaca zero (CR11).

O quanto os serviços de saúde são burocráticos, morosos e não respondem as demandas que as pessoas apresentam (...) a pessoa tem que se enquadrar no serviço de saúde, mas, na verdade a lógica teria que ser do serviço se enquadrar ao usuário, aumentar acesso, ter ações que promovessem princípios básicos, como equidade e integralidade, [mas] a gente faz o contrário: “você chegou atrasado, você não vai ser atendido!” (CR9).

6 entrevistados entendem que é difícil respeitar e compreender o tempo do usuário em aceitar o cuidado e por vezes vivenciam a sensação de fracasso, sofrimento e não reconhecimento de seu trabalho. Um deles acredita que, nesse contexto, há o risco de algumas ações serem impostas:

[Há] esse desejo da gente querer fazer algo pelo outro, [ao pensar] que o meu desejo é o que o outro está querendo, mas não é. O outro ainda não chegou nesse ponto. E a gente trabalha muitas vezes na nossa ansiedade muito maior do que a do usuário, e quando o usuário fala que não quer, você tem um choque (CR1).

A sensação que eu tenho é que a pessoa em situação de rua, ainda mais se ela tem algum transtorno mental ou se faz uso de álcool e outras drogas, deixou de ser um sujeito e passa a ser um objeto em quem a gente vai usar nosso [poder] para dar conta daquilo que a gente entende como necessidade dela (...) Um dos casos que me chamou bastante a atenção (...) foi o caso do Sr. M. A equipe já fez de tudo por ele: internações, cuidado com a saúde clínica, intervenção multidisciplinar, intersetorial, bastante atuação do CAPS. Só que esqueceram de perguntar para [ele] o que ele queria... isso é terrível (CR2).

O consumo de álcool é apresentado como um dos maiores problemas do território por 7 entrevistados, pois, além de provocar problemas de saúde, coloca-se como obstáculo para o acesso aos usuários:

O álcool é o mais difícil, os obstáculos quem coloca é o álcool porque a pessoa que está embriagada tem outro comportamento, fica mais afastada do pessoal da saúde, não quer muito contato, só depois que passa o efeito do álcool que ela pode se aproximar (CR3).

A presença do transtorno mental é apresentada por 6 profissionais como um fator que também dificulta o cuidado, mas sua incidência na região é vista como menor do que a dependência ao álcool.

Para 3 profissionais a oferta de cuidado e sua continuidade podem ser prejudicadas pela dificuldade das pessoas comparecerem aos serviços, uma vez que priorizam ações vinculadas à garantia da subsistência, como busca por trabalhos, dinheiro ou alimentação. Fatores externos, como o risco de terem pertences e medicações confiscados pela Guarda Civil Metropolitana (GCM), também podem oferecer prejuízos:

Ele está na rua e o RAPA leva toda a medicação, daí tem que marcar consulta de novo, mas acontece alguma coisa e ele não vem, [pois] precisa fazer os bicos, trabalhar (CR6).

A presença de rede social de apoio é caracterizada por 3 entrevistados como fator que contribui para o desenvolvimento do cuidado e a continuidade do acompanhamento da pessoa em situação de rua. Outra entrevistada avalia que, muitas vezes, a pessoa conta somente com o CAPS, as equipes de CR e os profissionais que trabalham nestes serviços.

A dificuldade quanto à organização, em especial a orientação temporal, é descrita por 2 entrevistados e apresentada como fator a ser considerado no desenvolvimento do cuidado:

[A pessoa] não tem relógio, não sabe nem que dia da semana é (...) A temporalidade fica muito prejudicada para quem vive na rua; é importante lembrar quando tem uma consulta marcada. Você tem que estar muito dentro do que está acontecendo na vida do outro para conseguir ajudar (CR9).

2 profissionais explicitam que o incômodo das pessoas, inclusive profissionais, diante da apresentação e condição de higiene de quem está em situação de rua é percebido por esses usuários. A vivência de situações de

discriminação nos serviços pode produzir o abandono do acompanhamento e restringir a procura por ajuda, de acordo com 3 profissionais:

“Ah, não gosto de ir porque vou me sentir mal com os outros reparando”. Pelo fato de muitos deles não estarem com uma higienização boa, acham que as pessoas estão observando (CR11).

Essa mulher foi tomar banho e eu fiquei supervisionando, porque eu apliquei medicação nela. Ela lavou cinco vezes o pé [e não lavou outras partes do corpo]. Quantas vezes ouço eles falando que a primeira coisa que alguém olha neles é o pé, porque é o pé que denuncia de onde você vem (CR9).

Muitas vezes eles tem dificuldade de vir [até os serviços], às vezes por não terem sido bem recepcionados em algum momento. Então acham que em todos os serviços que forem, a atenção será a mesma (CR1).

As situações de violência protagonizadas pelas pessoas em situação de rua no território e vivenciadas e/ou observadas pelos profissionais são compreendidas por 7 entrevistados como características dessa população, que expõem o profissional a riscos e vulnerabilidades. Para alguns elas são ocasionadas pelo uso de álcool e outras drogas ou pela presença do transtorno mental:

Você está em um território que é muito vulnerável e o profissional precisa estar atento a isso, às vezes a violência está em torno disso. Não é só pela questão de ter feito o uso do álcool ou de outra droga, ou de estar em crise, são questões da violência da sociedade (CR1).

Uma entrevistada compreende as situações de violência como expressão da própria condição de sobrevivência dessa população, que desenvolve uma forma de sociabilidade violenta e que não necessariamente se associa ao uso de álcool e drogas e/ou presença do transtorno mental:

Outro ponto importante é a violência de quem está na rua: não é a violência de quem tem transtorno mental, não é a violência de quem usa drogas, nada dessas coisas moralistas. É a violência que quem vive na rua aprende a ter e se não tiver vai morrer (CAPSG).

Há relatos que apresentam situações concretas de violências no cotidiano de trabalho, como interações agressivas e ameaças verbais e físicas.

O risco presente em tais situações requer posturas de mediação de conflito para evitar exposição e discernimento para compreender a situação do usuário:

Às vezes eles são muito violentos com a gente, por causa da demora. Ficam nervosos e a gente tem que se impor um pouco. Teve um hoje que queria bater no enfermeiro porque queria levar a medicação para tuberculose, mas não pode (CR10).

Eles chegam alterados, querem as coisas para ontem, são agressivos verbalmente e às vezes chegam agredindo, querendo quebrar as coisas. Mas somos orientados a fazer as notificações. Às vezes ameaçam, querem vir para cima, e às vezes a própria colega vai e tira, às vezes tem que chamar a segurança, e quebra as caixinhas, e quer chutar a porta. E às vezes tem que chamar a GCM. É uma confusão. Mas depois o paciente retorna e tem que ser atendido, mas ele mesmo vê e pede desculpas: “eu não estava bem”, e a gente também tem esse discernimento que não, então tem que ter esse cuidado, para que no momento em que ele não está bem, segurar a onda (CR11).

Uma entrevistada explicita a importância das situações de violência não serem naturalizadas pelos profissionais, para que não se perca a sensibilidade quanto à gravidade do problema, de modo a evitar ações desvinculadas das necessidades dos usuários e ter atenção para as necessárias precauções que tais situações exigem:

Nós trabalhamos em um território violento, com muitas pessoas em situação de rua. E tem esse perigo da naturalização. O segurança levou um tiro e você... sabe... é como se fosse normal e isso não é normal. Isso transforma a gente. Tem esse tipo de violência, mas que também é dos tempos atuais. Aí eu já não sei se para mim está natural. Tem que indignar, falar: “não, não é assim” (CR13).

5 entrevistadas destacam a necessidade dos serviços desenvolverem compreensão mais aguçada a respeito do modo de organização e comportamento, da apresentação e dos valores da população em situação de rua, que são, muitas vezes, difíceis de serem aceitos. Uma delas explicita que mulheres, adolescentes e crianças, nesse contexto, estão expostas a vulnerabilidades significativas e são alvos de violências graves, que incluem risco de aprisionamento e morte:

O nosso maior desafio, que [produz] frustração, é conseguir entender esse universo da rua. (...) Os valores, as normas, as condutas, o jeito que as coisas tem de se resolver são muito diferentes dos nossos padrões de aceitabilidade. Eu acho que lidar com isso é a parte mais difícil do trabalho. Você saber que qualquer mulher que chega em uma *maloca* vai ter que passar na mão de todo mundo, querendo ou não, não é fácil. Você vê criança ou adolescente que foi abusado e vai continuar lá, [enquanto] todo mundo nega [o abuso]. Mas uma hora ou outra alguém vai falar, até essa menina ou esse menino sumir. Tinha um pedofilo, muitos anos atrás, e eles resolveram entre eles o problema. Tem os buracos do viaduto onde eles geralmente ficam para usar [drogas, mas eles também prendem] mulheres ali durante meses: ou elas morrem, ou conseguem fugir. E isso não é nada, faz parte. O jeito que olha... já vi paciente que foi furado porque olhou para a mulher do outro e não sabia que era mulher [dele]. Então é todo um jeito, é toda uma linguagem verbal e não verbal que você precisa aprender para estar naquele lugar. E a gente minimamente precisa aprender como isso funciona para pensar e fazer proposições no mínimo coerentes, que façam algum sentido, que realmente mudem a realidade. (...) Então [é importante] tentar ficar em uma posição de entender (CR9).

5.2.1.2. Centralidade dos vínculos

O tema dos processos vinculares esteve presente em grande parte das entrevistas, que abordaram o processo de construção e manutenção de vínculo, o envolvimento afetivo presente nesse processo e a implicação do profissional a partir de sua vinculação ao usuário.

As dificuldades presentes na construção de vínculos com esta população são explicitadas por 15 entrevistados. Atribuem tais dificuldades ao nomadismo, à interação prejudicada pelo consumo de álcool e outras drogas e à desconfiança, que advém das situações de sofrimento e privação vivenciadas pelas pessoas em situação de rua em seu percurso de vida.

As concepções de vínculo apresentadas nas entrevistas, por meio de exemplos práticos, contêm diferentes conotações. Em algumas, a vinculação é

entendida como o processo de aproximação do usuário para cadastrá-lo e dar início ao acompanhamento:

Para atender população em situação de rua não bato à porta (...) Ele pode estar alcoolizado, pode ter usado algum tipo de droga e estar sob efeito, pode ter apanhado na noite. Então o vínculo e o cadastro nunca são imediatos. Ele pode estar só passando uma noite por aqui e ser de outro território. A população da noite não é a população do dia e não necessariamente a pessoa que dorme no nosso território é cadastrada porque não passa o dia aqui. Então o percurso de cuidado começa no vínculo. Estabeleceu o vínculo e a pessoa permaneceu no território, a equipe a cadastra e começa o acompanhamento (CRG).

A vinculação também é compreendida como o processo de construção da relação de cuidado, que envolve estabelecimento de relação de confiança, proximidade e responsabilização:

O ACS vem, resgata o paciente, consegue convencê-lo de que ele precisa da ajuda, que é importante um tratamento, e ele vem, está confiando em você (CR11).

Eu tinha uma paciente, que não é uma história positiva, a d. M. Foi uma das primeiras que eu cadastrei e que a gente fez um vínculo muito forte. E quando ela teve um AVC e morreu, eu fiquei muito mal, senti muito. E nós fizemos o enterro, fomos atrás, foi uma coisa que parecia alguém da minha família (CR13).

8 entrevistados explicitam que deve haver envolvimento do profissional na construção do processo de vinculação, já que o vínculo se dá pela aproximação recíproca e que, portanto, não é possível não se afetar emocionalmente por cada caso e suas trajetórias:

Você tem que se preocupar se [a pessoa] vai voltar para a rua, se vai dormir no relento. Por mais que você fale: “ah, eu não penso”, mas pensa sim. “Ah, não levo para casa”, mas pelo menos no caminho até sua casa você vai pensando. Eu acho que isso carrega muito os profissionais, tanto os de saúde mental como nós, do CR. Tem emoção... se as palavras que mais usam são vínculo, empatia, como que eu vou falar “ah, o problema é dele”? Não tem como. A partir do momento que você conhece a história da pessoa e não faz julgamentos, fica difícil se desligar. Eu acho isso muito difícil (CR13).

A construção e manutenção de vínculos são apresentadas por 6 entrevistados como pontos de força e como essenciais à realização do trabalho:

O ponto de força do trabalho é o vínculo, é o que a gente tem de mais precioso (CR5).

A gente tem uma relação com os usuários que faz diferença (CAPSG).

Uma entrevistada refere que a vinculação com toda a *maloca* (termo utilizado por usuários e profissionais para designar o grupo que reside em um mesmo espaço) também se constitui como ponto de força, pois favorece acesso, diálogo e propicia as ações de cuidado:

Na relação com os usuários, um facilitador é quando se cria o vínculo com a *maloca* toda. (...) Se os outros pacientes da *maloca* tem confiança em você, vão falar: “fulano está em tal lugar, migrou para tal lugar”. É uma informação que pode ser levada (...) para a equipe notificar outras equipes. (...) Se você criou o vínculo, para onde ele for ele vai ter o vínculo com você e vai arrastar junto o trabalho [e vai falar do trabalho]. Se tem um que não quer que você se aproxime, ou tem uma certa desconfiança, os outros já falam sobre o trabalho e ajudam (CR11).

De acordo com 2 entrevistados, os vínculos afetivos tendem a mobilizar os profissionais a se dedicarem mais ao cuidado, em decorrência da aproximação, compreensão e reconhecimento das fragilidades e necessidades dos usuários:

A gente tem um carinho muito especial por ele e vai tentando buscar alguma coisa para doar, fazer uma vaquinha (CR7).

Sabemos que, quando criamos vínculo com alguém, queremos sempre fazer um pouco melhor. Não que a gente desmereça o outro, mas a gente acaba pegando mais afinidade por um certo paciente e acaba ajudando um pouco mais aquela pessoa que tem uma situação mais crítica. Eu sei que talvez não seja o certo falar que a gente ajuda um mais do que o outro, mas a gente acaba fazendo isso (...) muitos acabam ajudando as pessoas porque se sentem comovidos pela situação do outro (...) É por causa da região que a gente trabalha, que é muito forte, muito pesada, e a gente acaba se sensibilizando com as coisas aqui (CAPS3).

4 entrevistados afirmam que a mobilização gerada pelos vínculos estabelecidos pode resultar na realização de ações fora do horário de trabalho e sustentadas pela disponibilidade pessoal e recursos próprios do profissional envolvido:

A gente conversa, mesmo fora do trabalho. Às vezes vejo ele na rua, paro e converso. Sei que não está certo, fora do meu horário de trabalho, mas vou lá conversar. Quem sabe só de conversar ele se sente importante (CR7).

Domingo eu estava passando na rua e ela falou: “vem aqui, amiga, você tem que conhecer minha casa”. Então ela me levou novamente em um quartinho lá no fundo, e [veja que mudança] para quem morava na rua: “olha só como está minha casa” (CR8).

Tinha um paciente, I. (...) Ele faleceu e eu que tive que reconhecer o corpo dele. Tirei do meu bolso o dinheiro para ir ao IML 3 dias seguidos para ele não ser enterrado como indigente. (...). Ele faleceu no fim de semana (...) quando soube corri atrás de tudo para ele não ser enterrado como indigente (CR10).

5.2.1.3. Relação entre percepção do usuário e oferta de cuidado

Algumas entrevistas mostram que a visão pessoal desenvolvida pelo profissional de saúde a respeito da população em situação de rua pode determinar a direção da oferta de cuidado. Em 6 entrevistas, observou-se a atribuição de qualificativos negativos à população em situação de rua, associados às considerações, já comentadas, sobre a violência presente no contexto das relações. Como exemplo dessa dinâmica está a culpabilização do usuário pela sua condição e pela não adesão ao acompanhamento:

O obstáculo é que essas pessoas não querem o tratamento, ou ela quer, mas quando chega aqui não adere de acordo [ao que é proposto] (CR12).

A postura relacional dos usuários é descrita como agressiva, não colaborativa e por vezes violenta, o que, para alguns entrevistados, pode justificar as proposições dos serviços em assumir posturas rígidas, estabelecer regras claras de convivência e limites de tolerância para garantir seu funcionamento:

Quando eles moram na rua, criam uma certa cultura (...) com a convivência, acabam adquirindo hábitos e costumes e acabam trazendo [isso] para a UBS. Então ter essas regras acho que impõe uma moral para eles começarem a se reeducar, que aqui não é o ambiente onde eles moram, que falam e xingam como querem, quebram o que querem (CR7).

As pessoas em situação de rua são caracterizadas por 3 entrevistados como difíceis, problemáticas, confusas, esquecidas, resistentes, com dificuldades de compreensão e sem consciência sobre o seu acompanhamento. Há a associação dessas características à presença de transtorno mental e/ou o uso de álcool e outras drogas:

A gente sabe que tem aquele paciente que é [difícil], causa problema, mas o paciente em situação de rua ele já é problema mesmo. É óbvio que tem alguns pacientes que são mais, outros menos. (...) não tem que esperar só paciente que vai ser fácil de atender, porque não tem (CR12).

Muitas vezes eles estão alcoolizados, não querem muito assunto e quando eles querem, não tem condições [de conversar], não falam nada com nada. Mesmo se algo for falado, não vão prestar atenção nem guardar (CR3).

Eles são usuários de drogas, o que impede que eles tenham essa consciência sobre o tratamento. Então durante o uso não [toma] medicação, não tem a consciência do que está acontecendo (CR6).

Por outro lado, 3 entrevistados reconhecem que tinham uma visão mais preconceituosa antes de trabalhar nesta região, mas que com o decorrer do trabalho modificaram seu olhar:

Agradeço a Deus por ter tido essa chance (...) de entender um pouquinho como é essa vida, a rua, de enxergar de uma outra forma, de não enxergar somente como um mendigo. Porque você é ensinado para isso, não é? O homem do saco, o mendigo (CAPS2).

5.2.1.4. Singularidade do trabalho na região da Sé

As entrevistas também descrevem características da região da Sé, vinculadas a condições de trabalho e a dificuldades encontradas pelos

profissionais, neste processo. 3 entrevistados afirmam que a concentração excessiva de pessoas em situação de rua resulta em medidas governamentais, por vezes impostas aos serviços, voltadas ao cuidado dessa população ou à sua remoção do local em que se encontra. Um deles destaca que certos interesses do Poder Público produzem cobranças que não dialogam com os princípios dos serviços, contrariam o cuidado pautado pelas Políticas Públicas e responsabilizam somente o setor saúde pelo cuidado e pelo equacionamento das demandas desse grupo:

A gente tem diversas dificuldades, principalmente por ser uma região central, [que sofre] pressão externa maior ainda, e o que a gente vê dos órgãos que cobram a gente é muito mais um pensamento higienista do que uma tentativa de promover uma política de redução de danos (...), ou de trazer esse usuário para dentro do serviço.(...) Então a gente tem as Políticas Públicas que não se integram e um poder público com outros interesses, que vão além das demandas dessa população. Por exemplo a especulação imobiliária, a terceirização dos serviços (...) E a gente é cobrado, nesse sentido. A Prefeitura paga [o salário do profissional] e você tem que resolver (...). E a gente tem que ouvir que o problema do álcool na Praça da Sé precisa ser sanado e é um problema de saúde (CR2).

Além das cobranças governamentais, a população local também responsabiliza diretamente os serviços de saúde pela presença de pessoas nas ruas e pela suposta falta de cuidado:

V. está lá, abandonada? Não, V. simplesmente não quer ajuda. Faz 4 anos que eu estou aqui e nesse tempo ela tomou banho uma vez. O acompanhamento dela é assim: a gente vai no local, colhe o sangue dela para fazer exame, leva medicação, mas é uma paciente super difícil. Em quase 4 anos ela aceitou vir à UBS só uma vez e tomou banho uma vez. Veja que situação. Aos olhos do público, quem não cuida dela? O Governo, o Estado, as pessoas que estão aí para fazer esse serviço (CR12).

De acordo com 10 entrevistados, a exposição constante ao conjunto de situações descritas, somadas ao envolvimento emocional inerente ao desenvolvimento do trabalho, gera sobrecarga, produz sensação de esgotamento e risco de adoecimento, o que justifica a necessidade da equipe em receber cuidados:

Isso aqui é uma escola, mas que cansa muito. Chega uma hora em que você vai dando tanto de você (...) Aqui é o impossível. O que é possível e o que é impossível. É mais impossível do que possível. Por isso que a gente adocece (CAPS2).

Quando você sai daqui, você se sente um pouco esgotado, ou de não ter dado conta daquilo, ou de ter dado conta mas aquilo ter mexido muito com você (CR1).

Teve uma agente que trabalhou 90 dias, ficou traumatizada e saiu, pois não conseguia dormir a noite, então a gente também precisa de cuidados em todos os sentidos (CR3).

Tem muita gente adoecendo, muita licença médica. A gente vê as pessoas perdendo o pique, entrando no burocrático: só vem aqui assinar o ponto (...) Eu sinto a carência de cuidado (...) Em uma reunião de repente um chora, outro chora, a gente conversa, mas não tem [cuidado]. Passa batido e as pessoas estão adoecendo (CR13).

2 entrevistados compreendem que o contato com dificuldades ligadas às características da região e ao desenvolvimento do trabalho podem prejudicar sua implicação e consequentemente a oferta de cuidado. Não se implicar é uma forma de se proteger diante de situações difíceis, mas que pode produzir ações desvinculadas das necessidades do usuário e das diretrizes do cuidado:

Os profissionais se endurecem pelo fato da região ser complicada (CAPS2).

Eu até entendo esse funcionamento do técnico ou do agente comunitário, que está em contato com esse usuário, [pois] se trata de uma violação extrema (...) [que] traz um desgaste emocional para quem está em contato com isso diariamente. Então não suporta, e a primeira ação que a gente quer tomar é justamente essa, é tirar da frente, postergar, não é se implicar (...) se implicar demanda muito do profissional. Inclusive dos recursos emocionais que ele pode disponibilizar para isso (CR2).

5.2.2. Ações desenvolvidas pelo CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR da UBS Sé

A seguir serão apresentadas as ações desenvolvidas pelos serviços, com destaque a dois aspectos que emergem das entrevistas: Redução de danos e cuidado e Cidadania como norteador do cuidado.

5.2.2.1. Ações específicas dos serviços

5.2.2.1a. CAPS Adulto II Sé

Foram realizadas entrevistas com 5 profissionais do CAPS Adulto II Sé. O resultado de uma delas foi mais profundo e abrangente quanto à descrição de ações; as demais foram menos descritivas e mais dispersivas, porém homogêneas quanto à maior parte do conteúdo e concordantes com os registros do diário de campo. A entrevista mais completa será utilizada como base para descrição do itinerário de cuidado a seguir.

Ao chegar ao serviço, o usuário é acolhido por uma dupla de profissionais que está de plantão. A partir dessa escuta, busca-se compreender se deve ser feita sua inserção imediata no serviço. Quando o usuário é inserido, seu caso é discutido em reunião de equipe. Se não é inserido, agenda-se um atendimento ou um período de permanência na convivência, para que a equipe o conheça e realize o processo de avaliação.

Caso se conclua que ele não será inserido no CAPS, ele é encaminhado, a partir de contatos e discussões de caso, ao ponto de atenção da rede que poderá dar continuidade ao seu acompanhamento. Neste

processo, se necessário, a equipe fará contato com familiares ou com a rede social de apoio.

Após ser inserido no CAPS, o usuário poderá ter acesso à permanência na convivência; acompanhamentos terapêuticos; ações compartilhadas com UBS e outros serviços; participação em assembleia e oficinas no CAPS e no território; grupos terapêuticos; grupos de referência da equipe responsável; atendimento individual; atendimento à crise e outros, a depender do PTS proposto e desenvolvido.

Uma das entrevistas mostra que a proposta de trabalho do CAPS encontra-se alinhada à Política Pública de Saúde Mental e aos pressupostos da Reabilitação Psicossocial. Outra entrevista detalha que são objetivos do trabalho: a construção de redes; o desenvolvimento da autonomia e organização dos usuários; a ampliação de vivências; a sensibilização na luta por direitos; a ampliação da rede de cuidados e a redução de riscos e vulnerabilidades. Os conteúdos descritos em todas as entrevistas apresentam alinhamento entre a compreensão dos profissionais sobre a proposta de trabalho e a proposta e os norteadores da Política de Saúde Mental.

A observação participante confirma as ações e o itinerário de cuidado do usuário no serviço apresentados pelos participantes. O processo de observação também possibilitou conhecer o funcionamento do plantão e caracterizar o envolvimento dos profissionais na resolução de demandas dos usuários, tais como alimentação, banho e contatos telefônicos. Mostrou também que o excesso de demandas impede que os profissionais tenham maior tempo para interagir com cada usuário singularmente:

Observa-se que os profissionais tendem a ficar ao final do corredor juntamente com alguns usuários, quando não estão envolvidos em

alguma atividade, mas a maioria deles, na maior parte do tempo, encontra-se ocupada na resolução das demandas emergentes (OP1).

É consenso entre os profissionais entrevistados que o cuidado à pessoa em situação de rua deve inicialmente responder às suas necessidades mais imediatas, como oferta de alimentação, banho e descanso, para que seja possível acolhê-la e em seguida escutá-la. Todos referem que essa conduta também contribui para a vinculação do usuário ao serviço:

Quando a pessoa chega ao serviço, muitas vezes está há muito tempo sem os cuidados básicos, como comer, tomar banho. Uma das condutas que a gente escolhe fazer é tentar acolher, oferecer banho, comida, descanso, para [depois] poder trabalhar e conversar alguma coisa (CAPS1).

A observação também ressaltou a importância do acolhimento efetivo, que responda às necessidades básicas apresentadas. Uma usuária em crise, após não ter sido atendida nem alimentada em outro serviço, foi acolhida pelos profissionais presentes no plantão, que a abordaram de forma cuidadosa, além de oferecerem banho e alimentação:

A equipe de plantão tenta contornar, profissionais tentam oferecer escuta e acalmá-la (...) dirigem palavras de cuidado (...) [ela diz:] “eu desci lá (...) A loira disse que não podia me atender. Eu fui tomar café e me negaram comida. Quem eles pensam que eu sou? Eu não sou lixo não. Eu estou com fome! Eu não como há 4 dias” (*sic*). Um profissional a acolhe (...) e a convida a permanecer no serviço, para mais tarde tomar um banho e almoçar. Usuária fica pouco tempo e não retorna (OP1).

Dos 5 profissionais entrevistados, 4 descrevem a realização de ações no território para acessar usuários que não chegam ou não se vinculam ao serviço e ofertar o cuidado necessário.

A permanência do usuário no serviço é compreendida por 4 entrevistados como fator que contribui para a organização do cotidiano:

O próprio fato da pessoa ir lá todos os dias e ter aquela rotina de tomar o remédio, conversar com algumas pessoas, se alimentar, se for o caso tomar um banho, acho que isso já é um recurso (CAPS1).

3 entrevistados descrevem que as situações de crises de usuários demandam ações como acionamento de serviços de urgência, emergência e hospitais, se necessário, e intensificação da presença da equipe no contexto em que o usuário se encontra:

Uma coisa que me deixou muito marcado foi quando ela foi para São Miguel e ficou um mês e alguns dias lá, e conseguimos articular com o hospital de lá, por incrível que pareça a articulação ocorreu, e tivemos contato com algumas médicas que nos ajudaram. A J. foi para lá muito ruim e a gente conseguiu ver a recuperação dela, engordou, ficou bem, toda quarta-feira íamos lá fazer reunião, passava a tarde lá, visitávamos a J. toda quarta (CAPS3).

Uma das entrevistadas avalia que a possibilidade de atender casos graves se encontra limitada pela falta de recursos e comenta que há dificuldades na intensificação de ações a esses casos diante da demanda dos demais usuários já acompanhados:

Acho que muitos graves não chegam e não sei o quanto o CAPS estaria preparado para atender a essa população, já que a nossa demanda é alta, mesmo com esses que chegam, que não são só os que estão em situação de rua, são os que estão nas residências também, que tem sua gravidade. E pensando no número da equipe, pensando no CAPS ser II, [não sei] o quanto o CAPS daria conta de atender as pessoas mais graves (CAPS1).

O conceito de *porta aberta*, definido como a disponibilidade do serviço para o acolhimento durante todo o seu horário de funcionamento, sem necessidade de agendamentos (BRASIL, 2015), é apresentado por 2 entrevistadas:

A porta de entrada é sempre o primeiro acolhimento, é porta-aberta das 7 as 19hs de segunda a sexta, é um CAPS II, mas é sempre por um acolhimento da dupla que está de plantão (CAPSG).

Essa prática foi confirmada pela observação participante, que constatou que o usuário, ao chegar ao serviço para o primeiro acolhimento, abre uma ficha na recepção e aguarda ser chamado pela equipe de plantão. Caso se apresente desorganizado, a equipe o acolhe antes mesmo da ficha ser aberta.

O trecho do diário de campo a seguir explicita o rápido acolhimento de uma usuária grave e o comprometimento da equipe em ofertar ações de cuidado como medicação, banho e alimentação:

Uma usuária chega ao serviço (...) Ao perceber sua presença, um dos profissionais de plantão vai rapidamente ao seu encontro e inicia um diálogo (...) ela faz alguns pedidos: “queria tomar um banho e queria também aquela injeção que vocês me dão (...) (sic). Ele se compromete a ajudá-la, pede para que ela não vá embora, desce à farmácia do CAPS AD para buscar ampolas de [medicação injetável] e em poucos minutos retorna ao CAPS Adulto e encontra a usuária no seu aguardo (...) [Após aplicar a injeção,] retoma seu pedido de banho, porém ela pede para fumar antes. Ele propõe que ela fume e depois volte, e assim ela faz. Quando retorna, ele rapidamente a acolhe, providencia os materiais para o banho e a encaminha ao chuveiro. Após o banho, oferece a ela o lanche. Ela recusa tomá-lo ali, no serviço, mas o leva consigo. Agradece o cuidado e vai embora (OP4).

Em relação à organização para o trabalho, 2 entrevistados descrevem a realização de reuniões diárias para alinhamento dos profissionais, discussão de casos e de questões institucionais. Uma delas informa que a discussão da equipe é a base das decisões sobre o trabalho.

Estes entrevistados referem que a equipe se divide em 3 menores para trabalhar com as UBSs do território e realizar reuniões de matriciamento, ações compartilhadas e articulações necessárias ao cuidado de cada caso junto aos serviços da rede.

Apesar da consonância das entrevistas sobre os norteadores do trabalho, 4 delas evidenciam que as ações e concepções de cuidado não são consensuais entre os profissionais do CAPS. Há divergências teórico-técnicas que podem restringir a inserção de usuários no serviço e produzir ações que não dialogam com as concepções de todos. Afirmam que, mesmo com as diretrizes, a ação proposta dependerá do profissional envolvido:

Tem algo mais dos profissionais do que de uma coisa mais consolidada, de uma política [sobre o] que fazer com o acolhimento. (...) Tem algumas diretrizes gerais, mas depende do que o

profissional avaliou naquele momento e, dependendo do profissional, esse usuário pode ser inserido ou não no serviço (CAPS1).

Tem pessoas que sabem acolher e outras não (...) A mini-equipe que eu trabalho tem um plano totalmente diferente de uma outra (...) as ideias e o raciocínio são bem diferentes. Tem uma paciente que a gente só consegue acessar através da alimentação e tem pessoas que falam que isso é um absurdo, só que a mini-equipe que eu trabalho não vê desse jeito (...) Acho que minha mini-equipe tem uma visão mais humanizada. (CAPS3).

De acordo com 2 entrevistados, há diferentes graus de engajamento e implicação entre os profissionais: alguns não se responsabilizam pelo desenvolvimento do trabalho, o que pode gerar sobrecarga daqueles que se implicam:

Por isso é equipe. Porque sempre tem um que está meio fora ali (CAPS2).

Vou dando um toque para algumas pessoas, que também não são tão adoradores da causa, que estão nesse lugar de emprego mesmo e acabam empurrando algumas coisas, deixando sempre para quem faz (CAPSG).

3 entrevistados explicitam que há sobrecarga dos profissionais com a realização do trabalho. Também evidenciam a insuficiência de recursos humanos, estruturais e materiais, como reduzido número de profissionais diante da demanda do serviço; alimentação para usuários e verba para transporte insuficientes; ausência de medicação e de insumos de enfermagem.

Uma entrevista descreve que a equipe não recebeu treinamento ou capacitação no início do trabalho; foi feito um processo de discussões e apresentações de profissionais ao longo de duas semanas, em paralelo ao reconhecimento do território de abrangência. Atualmente essa equipe não conta com supervisão clínico-institucional, mas pode participar de supervisões ligadas ao Programa De Braços Abertos¹ (DBA).

¹ O Programa DBA, voltado à atenção da população usuária de crack na região central de São Paulo, foi proposto pela Gestão Municipal de 2013-2016 e teve como objetivos principais implantar ações intersetoriais e integradas nas áreas de assistência social, direitos humanos,

Uma profissional considera positivo o alinhamento entre a instituição que gerenciava os contratos de trabalho deste serviço até abril de 2016 e as normativas propostas pela Política Pública de Saúde Mental, o que contribui para a realização de ações nessa premissa.

5.2.2.1b. Equipes de CR da UBS Sé

Foram realizadas 14 entrevistas com profissionais das equipes de CR, que apresentaram conteúdos homogêneos quanto à descrição de ações e do itinerário de cuidado do usuário, apresentado a seguir.

O acolhimento e atendimento da pessoa em situação de rua ocorre tanto no serviço como na rua e nos espaços que elas costumam frequentar, como centros de acolhida e centros de convivência. As saídas pelo território são organizadas em duplas ou trios de profissionais e os ACS estão sempre presentes. A equipe técnica, composta por enfermeiro, médico e demais profissionais de nível superior, também realiza atendimentos dentro e fora da unidade.

As pessoas em situação de rua podem acessar livremente a UBS, de acordo com sua demanda, e não precisam ter prontuário aberto para passar por atendimento. Seu acesso ao serviço é facilitado a partir da presença constante de um profissional das equipes na unidade e do encaminhamento

direto às salas de atendimento, sem a necessidade de abertura de fichas de identificação:

Se o paciente de tuberculose chega na porta, ele é atendido na hora, não tem que agendar nada para paciente de rua, é ele chegar e ele faz. (...) conseguir adaptar o serviço de alguma forma para a necessidade de quem a gente cuida faz toda a diferença (CR9).

O prontuário do usuário é aberto após a equipe certificar-se de que ele está no território de abrangência e realizar abordagens no local em que se encontra. A equipe, após vincular-se ao usuário, oferece ações de cuidado a partir das necessidades identificadas.

Todos os entrevistados descrevem a proposta de trabalho de forma complementar e destacam dentre as ações que realizam: sensibilização da pessoa em situação de rua quanto ao seu direito de ser atendida nos serviços de saúde; prevenção e atenção a grupos de risco, como pessoas com HIV, tuberculose, hipertensão arterial e diabetes; acompanhamentos a consultas externas e a outros serviços, não só de saúde; oferta de atendimentos, medicações e cuidados básicos, como alimentação, banho e roupa; contato com familiares e rede social de apoio. Evidenciam que a demanda do usuário definirá as ações a serem realizadas.

É consenso entre os entrevistados que a presença das equipes nas ruas diariamente é uma estratégia para manter a frequência de abordagens aos usuários e assegurar a continuidade do cuidado:

Tem que ter a presença da gente. O que não é visto, não é lembrado. (...) Tem que ter essa constância de estar sempre no território, é uma rotina. Se você faz essa rotina, eles acostumam, sabem mais ou menos o horário que você passa (CR13).

12 entrevistados caracterizam a busca ativa e a constância no território como recursos para o processo de aproximação e vinculação da equipe ao

usuário. Afirmam que este processo é lento, na maioria dos casos, ocorre no tempo do usuário e demanda persistência:

Uma das experiências que eu tive é que, desde a primeira semana aqui, semanalmente faço visitas com uma agente comunitária, e eu passei um ano chamando essa [pessoa]: “vamos lá”, perguntando o que ele tem: “não, não quero”, essa era a resposta, “não tenho nada”. E aí na semana passada, eu passando por lá, antes mesmo de eu chegar até ele, ele veio até mim e pediu ajuda. (...) não era o tempo do serviço, era o tempo dele (CR2).

A observação de campo acompanhou o percurso de duas ACSs pela região e possibilitou o acesso à postura dessas profissionais no decorrer da atividade e a alguns de seus desdobramentos, como aproximação de usuários e abordagens afetuosas e comprometidas com o cuidado:

Elas são frequentemente reconhecidas e abordadas por pessoas da comunidade, que perguntam sobre seu acompanhamento. Elas respondem de forma atenciosa e afetuosa. Algumas vezes são elas que procuram as pessoas nos locais em que costumam ficar e dão informações sobre o acompanhamento. Um rapaz as para e (...) traz dificuldades em renovar receita com a médica (...) Ela orienta: “me procura que eu resolvo para você” (*sic*) (OB3).

11 entrevistados ressaltam a persistência da equipe e sua responsabilização pelo cuidado; e descrevem abordagens que buscam atender às necessidades dos usuários:

A equipe faz um controle que é muito familiar, de lembrar quando tem que tomar a próxima medroxi [anticoncepcional injetável], e [as mulheres] falam: “eu não vou com essa roupa, sem tomar banho”; “não, tudo bem, vamos lá arrumar banho, roupa”. A gente vai fazer o que precisar para [a ação] acontecer, mas tem que acontecer. Paciente que faz uso de medicação contínua e não dá conta de tomar sozinho, é a equipe que controla a medicação, fraciona, separa, dispensa todos os dias. Se ele não vem aqui, você vai [até onde for] para procurá-lo e dar a medicação (CR9).

Em relação à organização para o trabalho, 12 entrevistados referem que são feitas reuniões de equipe para alinhamento, discussão e ordenação de ações. Quanto à cobertura da região, as duas equipes se organizam para cobrir o território de abrangência e cada equipe divide, entre seus ACSs, a cobertura de micro áreas.

3 entrevistados afirmam que as enfermeiras das equipes desempenham um papel organizador e norteador junto aos profissionais e uma delas refere que a maioria das decisões da equipe são coletivas e debatidas em reuniões.

Todos os entrevistados descrevem a realização de reuniões e articulações com outros serviços para matriciamento e compartilhamento do cuidado. 12 deles explicitam ações compartilhadas entre CR e serviços da saúde e da assistência social.

A observação participante confirmou as ações e o itinerário de cuidado descritos, tanto em relação às saídas pela região quanto aos atendimentos na unidade. No decorrer de uma observação foi possível captar a organização de uma das equipes para o atendimento na unidade e a postura do ACS de plantão, além de evidenciar a facilidade de acesso das pessoas em situação de rua:

O ACS se encontra na porta do consultório e aborda cada usuário que se aproxima e acolhe sua demanda. Caso esteja ali para passar por atendimento, busca seu prontuário na recepção (...) É possível observar que os usuários que chegam vem diretamente ao consultório, sem passar por atendimento na recepção. A todos, o ACS se mostra receptivo e interage de forma afetuosa e cordial, chamando aqueles que ele conhece pelo nome (OP5).

As divergências no funcionamento das duas equipes de CR foram constatadas no decorrer de outras observações. Uma delas trabalha com períodos de atendimento na unidade sem agendamento prévio; outra realiza agendamentos e mantém poucos horários para atender usuários não agendados. Uma se mostra mais receptiva aos usuários que chegam para atendimento, como descrito no trecho acima; e outra se mostra menos receptiva, como evidencia o trecho abaixo:

Não há ACS na porta (...) Após um tempo foi possível observar que diversas ACSs dessa equipe estão em outro consultório. Por vezes algumas delas saem e abordam usuários, mas logo retornam (...) Em

um dado momento chega um usuário alcoolizado, que vem direto ao fim do corredor, sem passar pela recepção. A enfermeira o vê e diz: “Nossa, está daquele jeito, hein? Senta aí” (*sic*), e o coloca em uma cadeira. Usuário responde: “mas ninguém me avisou” (*sic*), e ela responde: “avisou sim, você que não lembra. E o RX, cadê?” (*sic*), ele diz: “fiz aquele dia que você foi comigo” (*sic*). Ela responde: “nossa, mês passado” (*sic*) e fala alto no corredor, para as ACSs que estão no consultório: “vai ter que ir alguém com ele fazer RX, senão ele não vai conseguir” (*sic*) (...) Uma das ACS passa e interage com afeto, cumprimenta-o pelo nome e se mostra receptiva. Outra passa e dá o pedido de RX para ele, que a enfermeira lhe entregou, e vê que ele levanta e vai sozinho em direção ao RX, mas não vai atrás dele (OP8).

As diferenças de organização das equipes para o trabalho também são apresentadas por 3 entrevistados, que explicitam a falta de diálogo entre elas e a tendência a centralizar em cada uma o cuidado:

Mesmo que a Política seja uma só, as equipes vão trabalhar de maneiras diferentes. E até dentro da UBS a gente tem duas equipes, uma trabalha de um jeito, outra de outro. E acho que não tem essa ponte entre as duas, de pensarem, conversarem (...) em determinados momentos percebo que [o trabalho] fica muito centralizado [na própria equipe] e acho que ela não consegue levar isso para fora, para que outras pessoas possam também dizer o que pode ser feito (CR1).

A respeito do desenvolvimento do trabalho, é consenso entre os profissionais que os recursos humanos das equipes de CR são insuficientes frente às demandas da população em situação de rua. 4 profissionais explicitam que são poucos os casos que apresentam melhoras no decorrer do acompanhamento:

A gente não tem perna nem braço suficiente, muitas vezes a gente vai ter um limite e a gente vai parar ali; não vai conseguir fazer mais do que aquilo (CR1).

De 100, 150, 200 pacientes, tem um que a gente consegue organizar para melhorar sua situação (CR10).

11 entrevistados referem que faltam recursos físicos e estruturais, como espaço, sala, mobiliário, transporte; e recursos materiais, como insumos, medicação, alimentação e verba. A restrição de recursos é compreendida como fator de limitação do trabalho, o que produz sofrimento aos profissionais.

6 entrevistados afirmam que as equipes não recebem supervisão e cuidado à saúde mental. 2 deles referem que a enfermeira de uma das equipes se responsabiliza por acolher e cuidar do sofrimento dos profissionais, mas que isso não é suficiente.

3 profissionais explicitam que as equipes não tiveram treinamento e atualmente passam por capacitações pontuais. Evidenciam que não há diretrizes e norteadores claros para o trabalho e que, portanto, o aprendizado se dá pelo enfrentamento da prática:

Como faz isso, ninguém sabia. Como começa, aborda, o que fala. Vou falar de dieta para alguém que não tem o que comer? (...) Então as pessoas foram tateando e aprendendo no erro e acerto como fazer as coisas, porque nunca teve nenhuma diretriz, manual, nada que orientasse o trabalho das equipes que trabalhavam com pessoas em situação de rua (CR9).

A autonomia na realização de ações é apresentada por 2 entrevistados como um aspecto positivo. Ambos referem que há metas a serem cumpridas, mas não há pressão excessiva na cobrança da produtividade por parte da instituição que gerencia os contratos de trabalho das equipes.

Uma entrevista descreve que as equipes de CR tem autonomia dentro da unidade e contam com um apoiador institucional da instituição privada parceira, mas não contam com apoiador da SMS. Explicita que são equipes pouco assistidas pela gestão e pelas instituições formadoras:

Ninguém olha para essa população, para essa equipe, para o trabalho que é feito. A academia não acompanha, não sabe e a coordenadoria menos ainda (CRG).

3 entrevistados manifestam preocupação quanto ao risco de descontinuidade do trabalho devido ao processo de mudança da instituição que administra os contratos a partir da parceria público-privada, pois mesmo com a

continuidade da gestão das equipes de CR, a UBS passará a ser administrada por outra instituição:

Está uma instabilidade muito grande por conta da troca de parceiros da Prefeitura. A minha sorte é que a gente trabalha com gente que gosta do que faz. Depois que tudo está errado, a gente começa a construir de novo, mesmo que venha alguém ou alguma coisa que mude tudo (CR10).

A preocupação dos profissionais da UBS sobre o processo de mudança de gestão foi confirmada por observações, que permitiram o acesso à visão dos profissionais sobre o assunto e aos desdobramentos desse processo do trabalho da unidade:

Ambas [ACS] dialogam sobre o chamamento público pelo qual os serviços de saúde do centro estão passando (...) Elas descrevem que os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem não poderão ficar no serviço. Diversos profissionais já estão em processo de transferência e outros serão demitidos. Citam que uma das enfermeiras está no PSF há 10 anos e referem que, no dia após essa notícia ser dada à equipe, todos os auxiliares faltaram ou chegaram atrasados (*sic*) (OP6).

Uma das médicas inicia um diálogo e descreve os riscos de desmonte de todas as equipes da unidade, devido ao chamamento público. Refere que enfermeiros e auxiliares de enfermagem não permanecerão e não sabe dizer se médicos também sairão. Refere ser a mais nova na unidade, entre os médicos, e trabalha há 6 anos. Comenta que todos saíram de empregos para ir para lá e permanecem porque gostam. Traz preocupações sobre a continuidade do trabalho, sobre o impacto dessa mudança na vinculação aos usuários e apresenta a dificuldade da construção do cuidado nessa região: “foram necessários anos para nos aproximarmos de alguns usuários e para construir uma história” (*sic*) (OP7).

5.2.2.2. Redução de danos e cuidado

A estratégia de redução de danos é um tema que emerge das entrevistas e está presente como um dos eixos estruturantes das ações de cuidado à população em situação de rua. Os entrevistados descrevem

diferentes concepções e ações de redução de danos, que se mostram complementares e serão apresentadas a seguir.

7 entrevistados compreendem que a redução de danos está ligada diretamente à redução do consumo de álcool e outras drogas. Entendem como ações: a possibilidade de acompanhamento em serviços especializados; a permanência em algum dos serviços; a participação de atividade ou conversas; a criação de momentos para a pessoa falar do seu uso; a orientação quanto ao consumo de água e quanto à escolha da marca da bebida alcoólica.

10 entrevistados trazem a concepção ampliada de redução de danos e compreendem que as ações estão ligadas à redução de quaisquer prejuízos, não só aos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas. São exemplos de ações: cuidado às mulheres em situação de rua, como prevenção de violências sexuais e acesso a formas de contracepção; oferta de orientações relativas a hábitos, quanto à limpeza e manutenção do espaço onde vivem, ao preparo de refeições, ao autocuidado, a busca de água de melhor qualidade; passar por consulta, buscar um novo atendimento e diminuir alguma dor; atuar na prevenção de doenças e ofertar produtos como preservativos e pomada para evitar rachaduras nos lábios.

5 destes entrevistados também relacionam a redução de danos à oferta de ações que respondam às necessidades da pessoa, como alimentação, banho e descanso, e que não necessariamente estão associadas a orientações verbais:

Eu acho que isso é uma redução de danos. Ele consegue se alimentar, se hidratar, pertencer ao espaço, ver outras pessoas. (...) não foi necessariamente chegar nele e falar: “Vamos pensar quais são os seus projetos, o que você tem que fazer”, pois às vezes a pessoa não consegue fazer, então tem que no mínimo vivenciar (CAPS4).

Um deles destaca que o cuidado a casos graves por vezes se dá somente por meio de ações de redução de danos:

A gente tem uma paciente que é difícil de cuidar, mas o pouco cuidado que a gente tem, de dar injeção e de ter um certo vínculo com ela, acho que já é uma redução boa (CAPS3).

Para 2 entrevistadas, redução de danos configura-se como o conjunto de ações desenvolvidas, o que sugere que todas as ações realizadas junto à pessoa em situação de rua estão associadas à melhoria de sua condição:

Um momento em que a gente consegue trazer [a pessoa] para uma consulta é redução de danos. Um momento em que você oferece um banho é uma redução de danos. O tempo que ele fica ali parado às vezes dormindo já é uma redução de danos. Às vezes [a pessoa] está com uma ferida imensa na perna, pronto para perder a perna. Mas a urgência dele é a unha encravada da mão. Então a gente tem essa sensibilidade, de saber que aquela é a urgência dele. Qualquer coisa feita pelo paciente, dentro do que ele quer, e também despertar desejos, mostrar as potencialidades que existe nele, auto estima... tudo é redução de danos. Um tempo que [a pessoa fala] com você é redução de danos. E fazer a escuta, porque nós vivemos um tempo muito [corrido]... é dos nossos tempos, então não é feita a escuta. Às vezes a pessoa está lá falando [algo] para você e parece uma besteira, você está pensando em outra coisa. Mas quando você tem uma escuta mais apurada, você consegue puxar mais essa pessoa para você e consegue trabalhar mais com ela. Então acho que tudo acaba sendo redução de danos. Convencimento de vir para consulta, de tomar um banho, da medicação, e aquilo é interrompido, e depois você vai atrás... então tudo, para mim, é redução de danos (CR13).

5.2.2.3. Cidadania como norteador do cuidado

A cidadania também é um conceito que emerge das entrevistas. Os participantes afirmam a importância das ações dirigidas às pessoas em situação de rua serem pautadas na promoção da cidadania e na busca por direitos, diante das condições de risco e vulnerabilidade às quais essa população se encontra exposta.

3 entrevistados avaliam que a promoção da cidadania e o acesso aos direitos são pontos de força na realização do trabalho e sua presença como norteador de ações qualifica o cuidado oferecido:

Eles são tratados como cidadãos (...) os usuários são vistos como pessoas de direito, que tem vontade, que tem desejo, que tem vida, que não são um CID 10. Acho que isso é um ponto muito forte dessa equipe (...) a gente vai atrás do direito dessas pessoas, desde um benefício, um BPC, um “De Volta Para Casa” (...) a gente vai atrás, faz rede e de verdade muda a condição de vida dessas pessoas, fazendo com que elas possam ter minimamente os seus direitos garantidos (CAPSG).

2 entrevistadas evidenciam que nem sempre isso acontece e há a necessidade dos serviços e dos profissionais entenderem e validarem o atendimento do usuário como um direito:

O acolhimento dos outros serviços eu acho que é um ponto de força. Por exemplo, quando eu levo esse paciente no albergue e ele é recebido como ser humano, e não assim: “só deixe ele aí” (CR12).

É importante os profissionais terem em mente e deixarem sempre bem claro para o usuário que [o atendimento] é um direito dele, a gente não está fazendo um favor e todo dia ele pode ter acesso. Mesmo não sendo determinado profissional, sendo outro, o profissional precisa atendê-lo da mesma maneira que ele foi atendido pelo profissional anterior (CR1).

Um entrevistado afirma que o envolvimento do usuário no processo de cuidado é um ponto de força e fonte de potência e qualidade para o desenvolvimento de ações :

Quando a gente consegue acessar o usuário, envolvê-lo e respeitá-lo, na sua totalidade, a gente tem [muito] potencial. A gente consegue tirar o paciente do ponto A e levar para o ponto B, e esse ponto B não precisa ser daqui a 10Km, pode ser daqui a 2cm. É aí que a gente vê a qualidade do nosso trabalho e a diferença enorme que a gente pode fazer na prática diária, no serviço que a gente disponibiliza para esse usuário. Na hora em que isso efetivamente é colocado em prática, isso funciona (CR2).

Uma entrevistada destaca que o CAPS Adulto II Sé se diferencia de outros CAPSs por atender grande número de pessoas em situação de rua. Refere que o trabalho desenvolvido demanda muito da equipe e a expõe a situações violentas e insalubres, mas que precisam ser enfrentadas para que o

cuidado seja ofertado, de modo a garantir o direito de acompanhamento dessas pessoas:

A gente é responsável por essas pessoas e tem que entender que cabe a nós garantir que elas tenham minimamente um cuidado em saúde (...) e tenham seus direitos garantidos. Eu acho que isso não é nada fácil, exige muito da equipe (...) cansa muito, é uma violência. Muitas vezes a gente vê essa violência com o outro, é uma violência para a gente, desde sentir o cheiro, e não adianta falar que não, de pessoas que chegam depois de 3 meses sem tomar banho, com uma ferida aberta, com menstruação e cocô vazando, e a gente saber que não vai encaminhar para a tenda [para] tomar banho, vai tomar banho aqui. E a gente vai atender a pessoa assim, desse jeito. Essa é a pessoa, e a gente vai lá no lugar onde ela mora, que tem barata, que tem tráfico, que está no meio da rua (CAPSG).

4 entrevistados caracterizam o trabalho das equipes de CR como um ponto de força e facilitador para o cuidado oferecido por outros serviços, por ampliar o acesso e por já haver vínculo com o usuário e contato com seu contexto de vida:

Essa pessoa, se viesse sozinha, [talvez] não teria o acolhimento que tem. Mesmo vindo com algum profissional de saúde, seja do CR ou outro profissional de saúde, tem dificuldade de acesso. Eu acho que o CR é um facilitador para que essa pessoa possa acessar outros serviços (CR1).

5 entrevistados evidenciam que os ACSs e ASs, ao acompanhar usuários, oferecem segurança e defendem seu direito de atendimento e de acesso aos serviços:

Eles se sentem seguros, tanto que alguns falam: “Ah, eu só vou se você for comigo”, daí eu vou (CR11).

Aí é uma briga, porque eu não vou deixar o paciente voltar sem ser atendido. Se aquele que está na supervisão não quer atender eu vou em quem é maior do que ele e alguém tem que atender (CR12).

Uma delas afirma que a presença do profissional, no decorrer do acompanhamento, é uma forma de sensibilizar os demais profissionais em relação ao preconceito:

A pessoa está lá, suja, evacuada, descabelada. É difícil, tem um preconceito. Então [o profissional] vendo que você acompanha - vai junto no raio-X, pegar a medicação - depois ela te procura. Já aconteceu isso comigo. E aí não é uma discriminação, é uma

discriminação positiva (...) E às vezes tem um auxiliar ou outro que tem aquele preconceito, e a gente tem que estar ali junto: “ó, é a vez dele, o outro chegou depois”. Tinha mais isso antes, agora tem menos. Tem colegas que trabalham, mas que tem esse preconceito (CR13).

5.2.3. Ações compartilhadas pelos serviços da RAPS

Neste item serão apresentadas considerações sobre as articulações dos serviços da RAPS para a oferta de ações compartilhadas e opiniões dos entrevistados sobre a suficiência de recursos da rede local. Ao final, será destacada a interface entre os setores saúde e assistência social no cuidado à população em situação de rua.

5.2.3.1. Articulações entre os serviços da RAPS

Serão apresentadas a seguir considerações das entrevistas sobre o processo de articulação entre os serviços da rede de atenção para a realização de ações compartilhadas.

Tendo em vista os aspectos já apresentados, 9 entrevistados compreendem que o desenvolvimento de ações de cuidado para a população em situação de rua requer articulações entre serviços, embora 8 deles explicitem que muitos serviços têm dificuldades em organizar-se para responder a essa necessidade.

A maioria dos entrevistados relata dificuldades para articular e compartilhar ações na rede. 11 deles afirmam que o resultado do compartilhamento de ações dependerá da relação estabelecida entre os serviços (se horizontal ou hierárquica) e da concepção de cuidado, organização e permeabilidade de cada um deles para receber a pessoa em situação de rua. Referem a existência de divergências quanto ao comprometimento de cada serviço e quanto à forma de desenvolver esse alinhamento do cuidado, além da limitação da continuidade do trabalho, decorrente disso:

Quando você trabalha com serviços que tem formas de funcionar e fluxos muito diferentes, é um pouco complicado. E uma coisa que fica muito evidente (...) é o quanto a especialidade se coloca em um lugar muito superior em relação à Atenção Básica. É muito difícil discutir com [o especialista], porque ele sabe tudo sobre aquele assunto e ignora muitas vezes o que a equipe que está no território todo dia pode trazer (CR9).

9 entrevistados afirmam que as articulações, quando ocorrem, são facilitadas a partir de contatos pessoais e da relação prévia entre profissionais dos serviços, o que encurta fluxos e assegura resoluções:

Tem alguns pontos que a gente deveria explorar mais, mas às vezes é tão cansativo que a gente prefere ligar direto para resolver, ou usar a rede “quente” dos contatos pessoais, essa é a rede que mais funciona. Quanto mais gente a gente conhece e vai se aproximando dos equipamentos que estão por aí, a vida de difícil vai ficando muito fácil. Você já pula um tanto, consegue um monte de coisa (CR9).

Uma entrevistada evidencia que o trabalho em rede depende dos profissionais que compõem o serviço e, por isso, a saída de um deles pode afetar a continuidade do trabalho:

Com a mudança de profissionais, os serviços também mudam bastante. O CR, durante muito tempo, foi um parceiro muito bom, no sentido de ter a mesma mentalidade, uma conduta parecida, entender a necessidade da redução de danos, de como se organizar para atender essa demanda, mas com a mudança de profissionais isso acaba ficando prejudicado (CAPS1).

8 entrevistados descrevem a dificuldade dos serviços em se responsabilizarem pelas ações, o que resulta em pouca abertura aos usuários,

novos encaminhamentos e sobrecarga das equipes que assumem as responsabilidades assistenciais:

Às vezes você procura uma rede de apoio e essa rede manda para outra e fica meio que um jogo de empurra (CR1).

A respeito da articulação entre CR e os CAPSs da região, foram apresentadas opiniões divergentes: 4 entrevistados do CR descrevem que a parceria é boa e 8 afirmam que é uma relação difícil, que caminha para a desresponsabilização. A maioria dos entrevistados do CAPS Adulto II Sé afirma que o CR é um bom parceiro, mas um deles ressalta a tendência do “usuário ser deixado no CAPS” (CAPS3). Uma entrevistada evidencia dificuldades de articulação com um dos CAPS AD da região.

3 entrevistados explicitam que as articulações entre os serviços da rede de atenção ocorrem de forma imediatista, diante de emergências e agravamentos, e com isso não há tempo para os serviços se alinharem no desenvolvimento de ações conjuntas que tenham continuidade. Tais achados evidenciam os limites das ações de matriciamento e destacam o risco do cuidado oferecido não ser suficiente frente às demandas do usuário:

As pessoas não se conversam, isso é terrível. Ou essa comunicação só se estabelece na hora em que se chega a um ponto crítico (...) nesse momento as coisas já estão em um outro nível de complexidade e o risco da gente não conseguir dar conta da saúde ou da demanda do usuário é muito grande (CR2).

2 entrevistados descrevem a dificuldade de acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para pessoas em situação de rua que se encontram em crise e ressaltam que tal serviço só se dispõe a atender na presença de policiais:

Eu já tive muitas experiências de ficar o dia inteiro seguindo a pessoa doida andando no meio dos carros, ligando... aí chega a polícia: “cadê o SAMU”, “está vindo, calma peraí, já liguei”, “ah, eu não posso esperar”. Aí chega o SAMU: “cadê a polícia”, “pô, estava aqui agora a

pouco, você demorou”, “peraí que eu vou chamar de novo”, “não, não, não posso esperar”. E aí fica assim, não fica (CR9).

Uma entrevistada afirma que há descompromisso da gestão em sustentar, a partir do trabalho de equipes, os encaminhamentos de situações que demandam articulação e participação de outros pontos de atenção. Descreve também a dificuldade de encontrar respostas para o cuidado a pessoas com transtorno mental que apresentam quadros clínicos agudos:

Não poderia ser uma internação psiquiátrica porque ele estava com a lesão, não podia ser clínica porque ele era paciente de saúde mental, então ele não cabia de nenhuma forma (CR9).

A observação de campo presenciou atendimento de situações que envolveram articulações com serviços de urgência e confirmam a importância dos profissionais sustentarem, junto à rede, a necessidade de cuidado e coresponsabilização:

Ao chegar ao AMA, foi aberta ficha de psiquiatria, porém o psiquiatra se recusou a atender e referiu não compreender a demanda para a psiquiatria. Chamou o médico clínico, que também se recusou a atender, por se tratar de uma demanda de especialista, e recomendou que a usuária fosse recolocada na ambulância e removida para o PS. A equipe do CAPS presente discute o caso, informa a gravidade e ressalta a necessidade do AMA se responsabilizar conjuntamente pelo cuidado (OP9).

5.2.3.2. Suficiência dos recursos da rede local

Entre os 19 entrevistados, 10 caracterizam que a rede de serviços na região da Sé se apresenta estruturada e dotada de recursos, mas que são insuficientes diante das necessidades da população em situação de rua:

A gente tem uma rede estruturada. Não diria que não é mínima, nem o ideal. Eu acho que funciona a partir do cotidiano. Só que a gente tem uma demanda muito grande (CR2).

2 entrevistados compreendem que a rede de saúde existente é suficiente. Outra entrevistada afirma que a rede apresenta escassez de recursos, com maiores dificuldades em relação aos serviços da assistência social:

Tem muito pouco [recurso] aqui, é uma situação bem carente de recursos. A gente mal conta com serviços da assistência social (CAPS1).

4 entrevistados evidenciam a oferta limitada de outros serviços, além da rede de saúde, e destacam a necessidade de melhoria nas articulações entre as secretarias de governo e na integração das Políticas Públicas voltadas para o cuidado à população em situação de rua:

Em relação à área de saúde a gente até tem os serviços, mas se você pensar em outros serviços como rede de apoio, a gente não tem (...) seria importante ter uma rede que incluísse também a cultura, a educação e eu percebo que fica em torno da assistência e da saúde (CR1).

5 entrevistados avaliam que a interrupção de ofertas assistenciais e a descontinuidade de serviços por falta de recursos ou por mudanças de gestão são fatores que prejudicam o cuidado e requerem criatividade do profissional:

Antes tinha as tendas, para tomar banho, agora não tem o básico, fechou quase tudo. A gente vai trabalhando com a criatividade e com os serviços que a gente tem (CR10).

As observações de campo também confirmam esses dados sobre as ações compartilhadas, os recursos locais e os desafios de compor o trabalho em rede.

5.2.3.3. Interface entre saúde e assistência social

As entrevistas destacam a interface entre saúde e assistência social na construção do trabalho em rede. 3 entrevistados afirmam que, devido aos prejuízos à saúde provocados pela ausência de condições sociais mínimas, o cuidado à população em situação de rua envolve a oferta de ações voltadas para os aspectos sociais que necessitam solução. Sobre o CAPS, um deles comenta:

As necessidades que eu percebo são mais sociais, não são tanto questão [de] saúde. (...) A saúde também está no meio (...) porque se o social não está bom, a saúde também não está. (...) a questão social é aonde “pega mais” (...) O social que eu falo é buscar albergue (...) ir atrás de cesta básica (CAPS3).

Uma profissional que atua no CR explicita que o trabalho das equipes não se restringe ao cuidado em saúde e envolve ações da área social, como buscar vagas de albergue, tirar documentos, ofertar banho e roupas, entre outros:

A gente trabalha dentro dos princípios da atenção básica (...) Mas na verdade é muito mais que um cuidado de saúde, a gente permeia vários espaços que não são de competência. Você está muitas vezes fazendo coisas da área social, busca por vaga de albergue, tira documento, leva para tirar foto, leva na defensoria, nos Direitos Humanos, para cortar cabelo, dar banho, conseguir roupa na comunidade para fazer doação, ligar para o familiar e tentar contato. Enfim, depende do que a pessoa traz de demanda (CR9).

10 entrevistados comentam que os serviços vinculados à assistência social, bem como número de vagas em albergues, são insuficientes. Referem dificuldades relacionadas à compreensão, alinhamento e compartilhamento do trabalho entre assistência social e saúde. 3 deles afirmam que falta capacitação para os profissionais da assistência social:

Um paciente que está fazendo um tratamento de saúde e precisaria estar em um centro de acolhida que fosse mais próximo: você tenta conversar [com o serviço] e a justificativa é que [ele será encaminhado para] a vaga que tiver. Então isso será um dificultador para que essa pessoa volte no outro dia para dar continuidade ao tratamento (...) Hoje ela vem, mas vai dormir em um outro local muito mais distante, então ela não vai voltar no outro dia porque resolveu ficar naquele outro local (CR1).

3 entrevistados destacam a necessidade de apoios sociais para a continuidade do cuidado, mas explicitam a ausência da rede de suporte social. Descrevem como apoios sociais necessários: a procura por um lugar para ficar e dormir; a participação na busca do usuário que não retorna ao serviço; além da participação dos serviços da assistência nos projetos terapêuticos, de modo a ampliar seu alcance.

5.2.4. Opinião dos usuários sobre o cuidado recebido

A realização de entrevistas com usuários, acompanhados pelo CAPS Adulto II Sé e pelo CR, permitiu conhecer suas opiniões sobre os serviços, os profissionais e o cuidado recebido. A seguir serão apresentados os aspectos mais relevantes encontrados nas entrevistas.

É consenso entre os 5 usuários entrevistados que os serviços, os profissionais e o cuidado ofertado são bons, como explicitam os trechos abaixo:

Para mim, os serviços e os profissionais são ótimos (U1).

Eu acho bom, eu acho ótimo [o serviço e os profissionais] (U3).

[O CAPS, o posto e os profissionais] são bons, porque me ajudam muito. Se não fosse por eles, eu estava jogada na rua, sem remédio e muito mal (U5).

Um usuário considera que o cuidado oferecido pelos serviços estudados é dotado de atenção e comprometimento, diferente de outros serviços pelos quais já passou, que só renovavam receita e não o atendiam bem:

Antigamente eu só passava em outro posto de saúde. Chegava lá, a receita já estava pronta. Passava com o médico e ele nem me examinava, nem fazia pergunta e nem nada, já dava a receita e eu ia embora para casa. Agora aqui no CAPS não, é diferente. Você tem todo um processo, todo um atendimento, os profissionais têm um

cuidado com você especial (...) Eu também passei com a Dra. C., na UBS. Uma excelente profissional (...) no primeiro instante em que eu comecei a passar com ela foi de grande valia para mim, muito atenciosa, uma excelente profissional, me ajudou bastante (U4).

Em relação às ações ofertadas pelo serviço, 3 usuários explicitam a busca por direitos e a ampliação de possibilidades cotidianas, como contribuição para inserção em novas atividades e construção de novos recursos de vida. Uma delas explicita o atendimento longitudinal do CR e refere que os profissionais a ajudaram a conseguir emprego; outra reconhece que conseguiu seu benefício e sua casa com a ajuda do CAPS e do CR:

Eu morava na rua, tinha um moço chamado A., e eu nunca me esqueço dele, nem da E., que é a enfermeira, e eu gostei deles. Do nada o A. me ajudou muito, me ajudou até a arrumar emprego (U2).

Hoje eu estou em um barraquinho, que o CAPS e o CR ajudaram a achar. Eles me ajudaram a fazer o LOAS e com o dinheirinho que eu pego do banco eu pago aluguel, compro as coisinhas de casa (U5).

3 usuários reconhecem a importância de ter alguém com quem conversar, que ofereça carinho e atenção, e veem que os serviços ampliam a rede social de apoio a partir da construção de novas relações:

Para a pessoa que não tem um relacionamento familiar, alguém para conversar, para dialogar sobre algumas coisas que estão acontecendo, o serviço é ótimo (...) as pessoas dos serviços dão essa possibilidade de relacionamento (...) No final de semana, quando o serviço fecha, faz muita falta (U1).

O que vale de tudo é o carinho, a atenção que eles dão muito bem. Não discriminam ninguém. Só o carinho e a atenção que eles dão ajudam muito (U2).

Um usuário salienta a importância da participação do serviço em ações que ele não consegue realizar sozinho, como dispensação diária de medicação e acompanhamento a consultas e exames:

Tomo medicamento todos os dias aqui no CAPS (...) o serviço tem me acompanhado quando eu preciso, quando tenho que fazer exames. Eles vão comigo lá (...) [O fato] da ambulância ter me levado para fazer o exame do neurologista, e de depois o profissional ter me levado para buscar o resultado, foi maravilhoso. Eu não saberia ir lá sozinho, foi o CAPS quem me acompanhou (U1).

O CAPS é entendido por 3 usuários como local de suporte, que oferece refeições e contribui para a organização do cotidiano:

Eu, que não consegui recuperar certas coisas ainda, tenho o apoio dos serviços. Faço as refeições aqui, janto no albergue... Só pelo fato de acordar, saber para onde tenho que ir, tomar medicação, tomar café... não é tanto pelo cafezinho, mas ajuda também (U1).

Acerca do acompanhamento pelas equipes de CR, 3 usuários o qualificam como bom, porém 2 não se lembram ou não reconhecem que são acompanhados pela UBS:

Eu faço acompanhamento aqui no CAPS e hoje em dia não tenho ido ao posto. Foi do posto que eu vim para cá. E foi o INSS que me mandou para o posto. Não me lembro bem como era antes, só no posto. Faz tempo (U1).

Hoje eu não passo no posto não (U3).

Um usuário relaciona a presença das equipes de CR no centro de acolhida com o início de seu acompanhamento e reconhece que tal presença favorece o contato com os profissionais:

[A médica] ia ao centro de acolhida onde eu me encontro hoje, e em uma consulta eu expliquei toda a minha situação, que eu estava sem psiquiatra, sem medicamentos (...). Então ela se prontificou a me ajudar (...) toda semana eu passava com ela, que queria saber como eu estava (U4).

Ao descrever o cuidado que recebe, uma usuária destaca que seu atendimento foi priorizado quando não estava bem, mas reconhece que é difícil seguir em acompanhamento, devido à falta de suporte, à necessidade de garantir sua subsistência e às dificuldades em se organizar:

Quando eu chegava, elas falavam: “não, passa ela primeiro”, e eu passava (...) lá em casa não tem ninguém que dá remédio para mim na hora certa. Então o remédio fica descontrolado (...) De vez em quando eu consigo [vir aqui para tomar remédio]. De vez em quando eu vou *encharcar* [*termo usado pela população em situação de rua que se refere a conseguir dinheiro*] na rua e perco o horário [e algumas vezes não consigo vir, pois] eu fico cansada (U5).

Essa usuária, apesar de reconhecer as ações oferecidas pelo serviço, comenta que, em alguns momentos, elas não são suficientes diante de suas

necessidades e explicita diferentes formas dos profissionais oferecerem o cuidado:

Ninguém vai lá em casa, me dar carinho, conversar comigo, e eu preciso de uma pessoa que vá lá em casa com comida, vá conversar comigo ou me trazer aqui. A G. vai, mas é difícil. Já recebi visita sim delas [ACS], várias vezes. Eu consigo vir com elas. Elas me chamam, eu levanto, tomo banho e venho, eu não reclamo não. [E nos dias que elas não vão] eu não consigo [vir]. Eu sozinha não sei cuidar [da minha saúde]. [Depois que a F. e a C. saíram] não está mais como era. Só dão o meu remédio e pronto, não puxam o assunto, não conversam nem nada. Só põem assim e “toma”, como se eu fosse um lixo, não atendem mais direito (U5).

Outra usuária avalia que a atenção ofertada por um médico não atende suas expectativas, por se concentrar na oferta de medicação e nem sempre haver disponibilidade para escuta:

Esse doutor aí, eu não estou gostando muito dele. Ele não é que nem o Dr. M., que além de passar remédio conversava, dava atenção. Agora o doutor, às vezes eu vou falar com ele: “Ah, estou ocupado!” Nunca tem tempo para falar comigo? Eu falei: você só presta para passar remédio? Para isso eu vou em qualquer hospital, passo no médico e pego. Ele não quer conversar comigo de jeito nenhum, parece que não gosta de mim (...) porque a gente não vive só de remédio, não é? A gente precisa conversar, desabafar um pouco, ter para quem contar os problemas. e isso eu faço com o R., converso muito com ele da minha vida, tudo que acontece eu conto para ele (U3).

Em todas as entrevistas há trechos que explicitam a centralidade do vínculo entre profissionais e usuários para a efetivação do cuidado. Uma delas destaca o rompimento de relações a partir da saída de profissionais da equipe, devido à mudança da instituição que gere os contratos de trabalho da região, e evidencia que isso produz sofrimento e traz o risco de descontinuidade do acompanhamento:

Estou um pouco chateada e triste porque o J. foi embora. Eu queria que ele continuasse, porque ele é uma pessoa que dava atenção, toda vez que eu chegava aqui no CAPS ele perguntava: “Quer conversar comigo?” E a gente entrava em uma sala, conversava... agora tudo está mudando, tudo... R. vai embora... eu estou tão revoltada, sabe... (começa a chorar) Não tenho vontade de viver mais. Eu já perdi o J., e agora vou perder o R.? O que eu faço para o R. ficar? Não tem um meio para o R. ficar? É por isso que eu fico doente, sabe... eu não consigo me curar. Quando eu pego amor nas pessoas, as pessoas se vão e isso acaba comigo. Eu não queria que

o R. fosse, porque como eu tenho AIDS, eu penso que posso morrer a qualquer hora. Eu não estou tomando os remédios do HIV, eu tomo só aqui, em casa eu não tomo não! Eu não tomo porque eu estou revoltada, porque o R. vai embora! E isso está me deixando triste, sabe... então prefiro morrer logo do que chegar aqui no CAPS e não achar o R. (...) Eu queria fazer um pedido, fazer uma reunião, conversar com essa pessoa que está querendo tirar os funcionários que a gente gosta, que se apegou, que quer tirar eles e colocar outros, não vai dar certo (choro), porque fica um entra e sai, e chega outros e a gente gosta, e vão embora também... e aí fica assim, a mente da gente fica perturbada, a gente fica sem saber de quem vai gostar... se apegar... fica difícil, não é? A gente está acostumada com a equipe, que é boazinha com a gente, dá atenção... tem outros que não dão atenção... como que vai saber? Então isso me deixa triste, magoada (...) eu quero muito que todos fiquem, não quero que troque de funcionário não, tem que ficar os mesmos! Eu queria fazer uma pesquisa sobre como posso fazer para ajudar as pessoas a não ir embora, a ficar... mas não tem como, não é? (U3).

6. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados descrevem ações desenvolvidas pelo CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR junto à população em situação de rua e evidenciam as concepções e estratégias utilizadas pelas equipes, além de identificar obstáculos e pontos de força relacionados à oferta de cuidados e destacar a opinião dos usuários sobre a realidade vivenciada no contexto da utilização desses serviços.

O trabalho desenvolvido pelas equipes do CAPS Adulto II Sé e do CR da UBS Sé mostra-se alinhado às Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental. Ao descreverem as ações, os entrevistados evidenciam que elas são norteadas por princípios éticos e por pressupostos da reabilitação psicossocial, configurados pela construção e/ou resgate da cidadania e pela validação da população atendida como sujeito de direitos.

Nota-se o esforço das equipes em desenvolver um trabalho de qualidade em meio a obstáculos como: insuficiência de recursos humanos, estruturais e materiais; falta de acompanhamento e respaldo da gestão no desenvolvimento do trabalho; necessidade de qualificação das ações e articulações intersetoriais e, em especial, a ausência de estratégias destinadas a cuidar das equipes, tanto em relação ao desgaste físico e emocional que vivenciam como em relação às ações de supervisão e educação permanente. Os resultados explicitam que as ações são desenvolvidas de acordo com as diretrizes, mas é necessário superar dificuldades para que isso ocorra plenamente.

A seguir serão discutidos aspectos referentes à opinião dos profissionais a respeito da população em situação de rua; à centralidade da construção de

vínculos para a garantia do cuidado; às ações desenvolvidas e seu alinhamento às Políticas Públicas; à necessidade de cuidar dos profissionais e aos impactos no desenvolvimento do trabalho decorrentes do modelo de gestão.

6.1. Opinião dos profissionais sobre os usuários

Aspectos que caracterizam a opinião dos profissionais a respeito da população em situação de rua são concordantes com achados da literatura nacional e internacional e reafirmam a complexidade envolvida na compreensão e na oferta de cuidado a esse grupo

De um modo geral, os profissionais tendem a descrever obstáculos enfrentados pelas equipes em seu cotidiano, que se colocam como desafios à realização do cuidado

Características atribuídas à população em situação de rua, como nomadismo, imediatismo e dificuldade de organização, requerem dos profissionais persistência, disponibilidade e proximidade constantes, para que seja possível a avaliação de demandas, o respeito ao tempo do usuário e a resposta às necessidades identificadas.

As situações de violência vivenciadas remetem à necessidade do profissional cuidar de si, mas também compreender o movimento do usuário, de modo a poder mediar conflitos e perceber sua manifestação como resultado da desorganização ou sofrimento, sem negar ou restringir o direito ao atendimento após tais ocorrências.

Há desafios quanto à compreensão do funcionamento, da apresentação e dos valores das pessoas em situação de rua, descritos como diferentes da população em geral. O processo de vulnerabilidade ou desfiliação social em que se encontram também requer do profissional flexibilidade e abertura, para evitar o desenvolvimento de padrões excludentes ou discriminativos de relação (CASTEL, 2015; 1997).

A minoria dos profissionais entrevistados descreve características dessa população a partir de atributos negativos, relacionados à presença de transtorno mental e/ou ao uso de álcool e outras drogas, e tende à culpabilizar o usuário por sua condição e pela não adesão ao acompanhamento.

O desenvolvimento de relações discriminatórias pode restringir a participação da pessoa em situação de rua nos espaços sociais e nos serviços de saúde. Pode também trazer prejuízos ao cuidado, por afetar o processo de vinculação e não reconhecer o usuário como sujeito de direito (TORRICELLI, 2015; ZERGER *et al*, 2014; SKOSIREVA *et al*, 2014).

Por meio da descrição e realização de ações, foi possível observar a disponibilidade da maior parte das equipes para a construção de relações que buscam responder às necessidades das pessoas e promover ações de cidadania, o que indica a ausência de adesão a padrões relacionais discriminatórios ou excludentes.

Alguns entrevistados, que atribuem características negativas aos usuários, reconhecem que a visão preconceituosa é adquirida socialmente. Referem que o contato com a população em situação de rua, bem como o desenvolvimento do cuidado, contribuíram para a ampliação do olhar e a mudança em sua forma de pensar. Apesar desse tipo de movimento ocorrer,

ele não exclui a necessidade de investimentos voltados para a formação dos profissionais, que sejam capazes de sustentar a qualificação e desenvolvimento do trabalho e também empoderar as equipes, de modo a favorecer a expansão de seu repertório técnico, teórico e até mesmo político.

6.2. Centralidade da construção do vínculo no cuidado

Os resultados explicitam que a construção de vínculos entre profissionais e usuários é o eixo do processo de cuidado. A importância e centralidade da construção de vínculos como estratégia central do trabalho em saúde é um consenso na literatura, debatido também no campo da atenção a pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social (SARRADON-ECK *et al*, 2014; HALLAIS; BARROS, 2014; SILVA *et al*, 2014; LONDERO *et al*, 2014; LISBOA, 2013).

Nesse sentido, os profissionais acreditam que o investimento na construção, manutenção e ampliação dos vínculos é possivelmente a principal característica do trabalho que desenvolvem e está articulada às diretrizes do SUS para o funcionamento da RAS e da RAPS (BRASIL, 2010; 2011c).

As entrevistas com usuários também confirmam essa importância, pois evidenciam que, para eles, a percepção sobre como são acolhidos, escutados e orientados, somada ao caráter afetivo desses momentos de comunicação, são o melhor indicador de qualidade de um serviço ou de uma equipe. Para eles, o cuidado se mostra efetivo quando reconhecem a existência de vínculo

com os profissionais que ofertam as ações, de modo que a escuta e o afeto tenham lugar no decorrer do processo de acompanhamento.

Há evidências que a empatia sustenta a construção das relações, nas quais profissionais e usuários se afetam mutuamente: profissionais se compadecem a partir do contato com as fragilidades dos usuários, o que influencia a realização de ações; e usuários encontram carinho e acolhimento nas ações ofertadas pelos profissionais. Para Sarradon-Eck *et al* (2014), é essencial e vital que as pessoas em situação de rua sintam que alguém se importa com elas.

A presença dessa forma de vinculação contribui para a construção de relações humanizadas, o que favorece o reconhecimento das necessidades da população e a produção de ações que busquem respondê-las, além de representar um processo ativo de resgate de direitos e de cidadania.

No geral, as equipes compreendem os usuários como sujeitos de direitos e buscam envolvê-los no cuidado e superar desafios de modo a promover sua cidadania. Os profissionais, em especial os ACSs, defendem os direitos das pessoas em situação de rua em acessar os serviços e receber atendimentos de qualidade, e problematizam essa questão junto à rede com o intuito de reduzir efeitos da discriminação. A função dos ACSs como potencializadora do trabalho é também descrita nos estudos de Carneiro Júnior *et al* (2010) e Lisboa (2013).

6.3. Relação entre ações e diretrizes

6.3.1. Ações desenvolvidas pelos serviços

As ações descritas pela maioria dos profissionais e observadas em campo se apresentam em consonância com o que é preconizado pelas Políticas Públicas. Os itinerários de cuidado dos usuários são compostos por ações dentro e fora dos serviços e mostram que há atenção às necessidades da população em situação de rua. Englobam ações de atenção básica e especializada previstas para o funcionamento da RAS e da RAPS (BRASIL, 2010; 2011c).

As equipes buscam responder às demandas mais imediatas dessa população, geralmente vinculadas à oferta de banho, alimentação e descanso, como forma de contribuir para sua organização e como base para a oferta de ações específicas de saúde e/ou promoção social.

O CAPS Adulto II Sé é norteado pelo princípio de *porta aberta*, que significa que o serviço está disponível para o acolhimento durante todo o seu horário de funcionamento (BRASIL, 2015), de modo a assegurar o direito ao acolhimento de todos os usuários que buscam atendimento.

A priorização do atendimento à pessoa em situação de rua na UBS Sé e a não burocratização dos procedimentos de acesso são evidentes na ausência de agendamentos prévios e abertura de fichas de identificação. Há, assim, a “discriminação positiva” dessa população, pois a facilitação do acesso respeita o princípio de equidade e reconhece a maior vulnerabilidade desse grupo. Estudos de Carneiro Júnior *et al* (2010), Sarradon-Eck *et al* (2014), Silva *et al* (2014), Londero *et al* (2014) e Lisboa (2013) destacam a importância de

abordagens no contexto de vida das pessoas e de ações que busquem facilitar seu acesso aos serviços.

Os profissionais compreendem a necessidade de promover a redução de quaisquer danos, não só aqueles vinculados ao consumo de álcool e outras drogas, o que dialoga com diretriz da integralidade do cuidado.

Acerca das diferenças entre o trabalho desenvolvido pela equipe do CAPS Adulto II Sé e pelas equipes de CR, observa-se que o CR, por sua presença diária no território, está mais próximo da pessoa em situação de rua e do seu contexto de vida. Já o CAPS consegue construir relações mais estreitas e duradouras com os usuários que frequentam o serviço, mas há desafios para efetivar o cuidado àqueles que não chegam até ele e/ou demandam ações constantes e continuadas no território, como explicita uma profissional, ao questionar a capacidade do CAPS em atender a todos os casos graves.

Evidências destacam que há profissionais que desconhecem, não são preparados ou não se colocam de acordo com as diretrizes da Política, e por isso desenvolvem práticas orientadas por critérios pessoais e subjetivos.

Observou-se que as equipes de CR também não apresentam funcionamento homogêneo e há formas de trabalho divergentes em alguns aspectos. Por exemplo: uma equipe não realiza agendamentos prévios; ao contrário, a outra realiza, mas mantém horários para atender situações não previstas. No decorrer da observação dos plantões na UBS, constatou-se que uma delas se mostra mais próxima de usuários e estabelece interações cuidadosas, enquanto a outra se apresenta mais distante e menos preocupada em acompanhar o usuário em ações que este não consiga realizar sozinho.

Pode-se considerar que as divergências no funcionamento das equipes de CR comprometem a resposta às necessidades dos usuários e a qualidade do cuidado. Resultam também em retornos diferenciados por parte dos usuários, que, como já apresentado, consideram que o estilo de trabalho ofertado tem um peso importante nos resultados e engajamento ao acompanhamento e demais propostas de cuidado.

Os resultados do estudo possibilitam afirmar que as normativas propostas pelas Políticas de Saúde e Saúde Mental não são suficientes para garantir o alinhamento dos processos de trabalho e do cuidado, mesmo no contexto de equipes e/ou serviços melhor formadas(os) para tanto. Isso talvez se deva à ausência de modelos que orientem com mais clareza e objetividade o desenvolvimento das práticas, em especial no que se refere ao papel da equipe e de seus diferentes componentes. Essa lacuna é um dos aspectos que determina as diferenças no estilo e modelagem do trabalho desenvolvido pelos serviços e equipes em uma mesma rede.

Esta afirmação também ressalta a necessidade de construção do alinhamento e coordenação entre as diretrizes e ações desenvolvidas pelos serviços e pela gestão. Devido aos processos de gestão da maior parte dos serviços serem terceirizados, não há participação direta do gestor municipal na orientação dos modelos de trabalho, o que dificulta o alinhamento com as diretrizes governamentais

As necessidades formativas de equipes e profissionais também contribuem com o distanciamento entre práticas e proposições de cuidado e evidenciam a necessidade de educação permanente nos serviços e na rede.

A sobrecarga dos profissionais diante do contato com as fragilidades dos usuários e com a precarização dos serviços pode também explicar a heterogeneidade das práticas e sua relação mais ou menos forte com as diretrizes da Política de Saúde. Na tentativa de evitar maiores desgastes, a não implicação com o desenvolvimento do trabalho pode ser uma resposta de alguns profissionais, o que evidencia a necessidade de cuidar das equipes e oferecer processos de apoio e supervisão permanentes e não ocasionais (LONDERO *et al*, 2014).

A falta de recursos humanos, materiais e estruturais também é um fator que influencia o desenvolvimento do trabalho em cada serviço, bem como limita sua capacidade de atendimento.

Os profissionais consideram como aspectos positivos do desenvolvimento de seu trabalho: a autonomia na realização das ações; a flexibilidade na cobrança da produtividade dos serviços e o alinhamento entre as normativas e a instituição que geria os serviços até 2016. Tais aspectos contribuem para o desenvolvimento de ações, porém não são assegurados pela forma atual de gestão. Pode-se concluir que, no atual contexto, no qual a gestão ocorre de forma terceirizada, não há garantias para a continuidade do trabalho das equipes e nem tampouco a manutenção da subordinação das práticas às diretrizes governamentais.

6.3.2. Ações e articulações entre serviços de saúde e de outras secretarias de estado

Os profissionais, em especial os do CR, destacam a dificuldade de alguns serviços em considerar as especificidades do trabalho com a população em situação de rua e em adaptar seu funcionamento para responder às necessidades desse grupo. Há serviços que não asseguram o direito desse grupo ao atendimento ou o atendem de forma discriminativa, o que contraria princípios norteadores de cuidado propostos pelas Políticas.

Nos contextos em que a saúde é vista como produto, e não como direito, há o risco de serviços não considerarem as necessidades dos cidadãos e proporem que os usuários se adaptem ao seu funcionamento. É necessário que os direitos dos usuários sejam indicadores do funcionamento dos serviços e não somente objetivo de ações (SARACENO, 2014).

A dificuldade de articulação entre os pontos da rede e a ausência de corresponsabilização é descrita como desafio do cuidado à população em situação de rua. Seu acolhimento nos serviços pode ser prejudicado pela discriminação e afastamento dos profissionais, bem como pela burocratização do cuidado. A discrepância entre concepções de cuidado que norteiam os serviços também prejudica a construção do trabalho compartilhado (HALLAIS; BARROS, 2015; BORYSOW; FURTADO, 2014; 2013; LISBOA, 2013).

A respeito da suficiência de recursos e serviços da rede, há divergência entre as opiniões dos profissionais. A maioria refere que há muitos recursos, mas que não são suficientes diante das demandas da população em situação de rua; alguns descrevem que os recursos e serviços são escassos e que não se pode contar com eles.

Em relação à assistência social, a listagem de serviços da região central disponibilizada pela Prefeitura mostra que há diversos recursos na região,

porém os profissionais afirmam que há divergências na concepção do cuidado e no modo de trabalho destes serviços, quando comparados aos serviços de saúde. Portanto, pode-se pensar que o que garante a efetivação do cuidado não é apenas a quantidade de serviços, mas sim a forma como eles desenvolvem o trabalho junto à população e como se articulam com a rede de atenção.

A dificuldade de construção do trabalho em rede pode resultar na centralização do cuidado em poucos serviços. Com isso há o risco de sobrecarga de profissionais, especialmente daqueles que se encontram mais implicados com o desenvolvimento do trabalho, e de limitação da oferta de ações.

A articulação entre serviços é facilitada por contatos pessoais baseados em relações anteriores entre profissionais. Observa-se que a ausência de um profissional que tenha o papel de articulador pode comprometer o cuidado e fragilizar a possibilidade do trabalho em rede (BORYSOW; FURTADO, 2014).

6.4. Necessidade de cuidar dos profissionais

A construção do vínculo é apresentada como ponto de força para o desenvolvimento do cuidado e requer envolvimento e aproximação dos profissionais, porém tal postura pode gerar sobrecarga e risco de adoecimento.

Conforme discutido anteriormente, o desenvolvimento de ações é fortemente influenciado pela implicação e postura pessoal dos profissionais. A sobrecarga pode diminuir essa implicação e disponibilidade com o trabalho, o

que pode produzir ações imediatistas, desvinculadas das necessidades dos usuários ou da promoção da cidadania e do empoderamento.

Ao descreverem a experiência de uma equipe francesa que se destina a atender pessoas em situação de rua, que apresentam transtorno mental grave, Sarradon-Eck *et al* (2014) explicitam que esse trabalho é intuitivo e experimental; portanto, demanda intensa aproximação dos usuários acompanhados, além de criatividade e imaginação por parte dos profissionais. Porém este trabalho não é reconhecido enquanto cuidado, é desvalorizado e mal compreendido.

A vivência e percepção de sobrecarga no trabalho com a população em situação de rua é descrita por autores (LONDERO *et al*, 2014; TRINO; RODRIGUES, 2012), que recomendam medidas como pausas reflexivas no desenvolvimento de ações, de modo a evitar práticas imediatistas e imposição de saberes; realização de atividades que promovam resiliência e suporte emocional; e apoio psicológico individual ou em grupo, quando necessário.

A supervisão clínico-institucional também é um recurso que pode contribuir para o cuidado da equipe e do trabalho produzido. A descrição dos profissionais evidencia que essa e outras medidas não são implementadas nos processos de trabalho, o que representa que as equipes se encontram vulneráveis nesse aspecto.

Além das formas de cuidado já citadas, os resultados também destacam a importância de espaços de formação e capacitação, que ampliem as possibilidades de respostas das equipes frente às necessidades da população em situação de rua (LONDERO *et al*, 2014; BORYSOW; FURTADO, 2013; SOUZA *et al*, 2007; ROSA *et al*, 2006).

A saturação dos temas das entrevistas concentrou-se em torno dos obstáculos vinculados ao desenvolvimento do cuidado, o que pode estar relacionado ao momento de incertezas vivenciado pelos serviços a partir da mudança da instituição que administra os contratos de trabalho.

6.5. Impactos do atual modelo de gestão

No contexto da modalidade de contrato de gestão vigente, há riscos de mudanças no quadro funcional dos serviços e nos processos de trabalho das equipes, que podem facilitar ou prejudicar seu alinhamento com as diretrizes propostas pelas Políticas.

A compreensão sobre a centralidade da construção e manutenção de vínculos nos processos de trabalho contribui para a reflexão sobre os impactos provocados pelas mudanças de profissionais dos serviços. Os usuários destacam que a saída de profissionais com quem mantinham relações de afeto e confiança produz sofrimento e prejuízos em seu acompanhamento e cuidado.

A gestão privada de contratos de trabalho fragiliza os serviços e o cuidado, pois o estabelecimento de contratos temporários traz riscos constantes de mudanças, incertezas e descontinuidades às equipes e à sua forma de operar e estruturar ações. O modelo de gestão não oferece garantia de que princípios básicos descritos abaixo e esperados para um serviços de saúde mental sejam assegurados e desenvolvidos: efetividade, compreensividade, responsabilidade e coordenação do trabalho assistencial, além da continuidade terapêutica, que deve ser garantida a partir da

manutenção e permanência dos vínculos entre usuários e serviços (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A compreensividade e a coordenação estão relacionadas à possibilidade de responder às necessidades dos usuários, ao articular os pontos da rede para o oferecimento do cuidado e à coerência intra e intersetorial dos projetos terapêuticos de cada usuário, respectivamente (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A responsabilidade e a continuidade referem à complexidade de relações e dinâmicas entre serviços, usuários, familiares e comunidade na proposição de ações responsáveis e à habilidade de oferecer intervenções coerentes para constituir uma sequência interrupta de ações no período em que o acompanhamento for necessário (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A fragilização desses princípios pode produzir impactos negativos nas práticas assistenciais e fazer recair unicamente sobre o profissional a responsabilidade de produzir ações de qualidade, diante da não implicação da gestão e do atual modo de administração.

Diante do exposto, é importante ressaltar que são múltiplos os fatores que definem o direcionamento das ações dirigidas à população em situação de rua. Há, portanto, a necessidade de todos os envolvidos, em especial a gestão, se implicarem com o conjunto de elementos envolvidos na produção das ações assistenciais e de cuidado e na organização e gestão de serviços e equipes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivos principais conhecer as ações desenvolvidas pelas equipes de CR da UBS Sé e do CAPS Adulto II Sé e dirigidas às pessoas em situação de rua, que apresentam transtorno mental; identificar obstáculos e pontos de força encontrados no cotidiano de trabalho e conhecer a opinião dos usuários sobre o cuidado recebido. Teve também a expectativa de discutir as ações observadas e identificar em quais pontos elas se aproximam ou se afastam dos achados teóricos publicados até o momento e das diretrizes preconizadas pelas Políticas Públicas.

Sua realização partiu do interesse da pesquisadora, como profissional de um dos serviços, em se debruçar sobre os desafios vivenciados no cotidiano de trabalho junto às pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental. O desenvolvimento do cuidado a este grupo envolve ações complexas, demanda articulações com a rede e requer investimento e implicação por parte das equipes, que precisam superar limitações para efetivar ações.

A partir da revisão integrativa de literatura foi possível delinear o estado da arte referente ao cuidado em saúde dirigido à população em situação de rua. Observou-se que os estudos que abordam a temática são poucos e envolvem pesquisas pequenas e limitadas.

Os resultados descreveram o cuidado oferecido pelos serviços de saúde à população em situação de rua e explicitaram o estreito alinhamento das ações às diretrizes propostas.

De um modo geral, o trabalho das equipes pôde ser caracterizado pela implicação dos profissionais, que buscam responder às necessidades desse

grupo. A importância e a centralidade dada à construção e manutenção de vínculos se destacaram no processo de cuidado desenvolvido. Foi possível perceber que as relações estabelecidas entre profissionais e usuários são humanizadas e contribuem para a construção de ações pautadas no afeto, nas quais o usuário é validado como sujeito de direitos.

Nesse contexto, observou-se que o setor saúde tem papel importante na construção da cidadania e as equipes estão próximas do novo paradigma de cuidado em saúde mental, no qual os sujeitos não são reduzidos a objetos ou a diagnósticos (OMS, 2001). Averiguou-se que a cidadania norteia o processo de cuidado e imbui os profissionais da responsabilidade de serem mediadores das relações dos usuários com outros serviços, de modo a assegurar seu acesso e buscar atendimentos voltados às suas necessidades.

O trabalho intersetorial foi compreendido como essencial no cuidado a essa população, mas sua efetivação nem sempre é possível, devido às dificuldades dos serviços em considerar características e necessidades desse grupo em seu planejamento e organização.

Outro aspecto destacado foi o envolvimento das equipes com o cuidado, exemplificado pelo uso de recursos próprios para a realização de ações e pelas dificuldades em se distanciar do trabalho. Tal envolvimento foi descrito como fator de sobrecarga, de risco de adoecimentos e evidenciou a necessidade de cuidados aos profissionais.

A forma atual de gestão dos serviços de saúde adotada no município de São Paulo foi apresentada como um obstáculo, pois precariza os serviços e os expõe a riscos de descontinuidade. Os dados evidenciaram que este modo de administração produz sofrimento a usuários e preocupação aos profissionais.

Há a necessidade da gestão se implicar neste processo e contribuir para que o trabalho junto a essa população seja também de responsabilidade de gestores e distintas secretarias de estado, de modo que não recaia unicamente aos profissionais e serviços de saúde a tarefa de realizá-lo.

As Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental propõem objetivos complexos e exigentes. Apesar dos esforços das equipes em cumpri-los, há aspectos estruturais e dinâmicos que limitam a realização de boas práticas.

A possibilidade de reflexão sobre as práticas explicitou a necessidade de articulação entre Políticas Públicas e implicação de diferentes setores, além da saúde e da assistência social, na construção do cuidado a essa população e na produção de norteadores para novas ações.

Este estudo também apresentou limitações, relacionadas à adesão dos profissionais do CR à pesquisa; à qualidade dos dados coletados em entrevistas, em especial em relação às descrições das ações realizadas; e à proximidade da pesquisadora com o campo. Além disso, a pesquisa foi dimensionada como exploratória pela pouca abrangência da coleta e serviços analisados, mas de acordo com as possibilidades previstas para um trabalho de mestrado.

Apesar de haver representatividade de todas as categorias profissionais que compõem as equipes de CR, o número de adesões à entrevista de uma delas foi significativamente menor do que da outra equipe. A participação equitativa de ambas nas entrevistas poderia ter contribuído com a ampliação dos aspectos apontados e a compreensão dos motivos que levam as equipes a funcionarem de formas diferentes.

Conforme já descrito, os dados apresentaram maior vinculação aos obstáculos encontrados no cotidiano de trabalho do que à descrição das ações propostas e efetivadas pelos serviços. A observação participante contribuiu para o registro dos itinerários de cuidado e das organizações dos serviços, porém nem todas as ações cotidianas puderam ser captadas pela coleta de dados.

O fato da pesquisadora ter significativa proximidade com o campo estudado contribuiu com o desenrolar da pesquisa, devido ao acesso prévio aos profissionais e serviços, mas pode ter influenciado a coleta e a análise dos dados, devido à interferência de sua própria experiência profissional no processo. Tal influência pode ter sido positiva, por considerar a perspectiva de quem se encontra inserido nos serviços, porém o distanciamento da prática poderia destacar aspectos diferentes dos que foram apresentados neste trabalho.

A possibilidade de aprofundamento acerca da realização de ações pelos serviços e as limitações das publicações existentes até o momento indicam a necessidade de estudos futuros mais abrangentes sobre o trabalho com a população em situação de rua.

O acesso ao processo de trabalho das equipes permitiu constatar que alguns profissionais se apresentam envolvidos de forma militante, como defensores do cuidado a essa população, em meio a contextos que não dialogam com os princípios de cuidado e negligenciam as necessidades desse grupo. Tais profissionais enfrentam condições precárias de trabalho e desafios presentes na construção do cuidado e na defesa do acesso dos usuários aos seus direitos. Desempenham ações de qualidade, mesmo diante de limitações

de serviços em receber e atender essa população e de colegas que se envolvem de forma restrita nos processos de trabalho.

O cuidado desenvolvido junto às pessoas em situação de rua não é reconhecido e por vezes é negado, diante de imposições de medidas governamentais repressivas e higienistas, contrárias às concepções das equipes. É um trabalho anônimo, pouco divulgado e que não ocupa o interesse da população geral.

Os interesses governamentais da atual gestão parecem não considerar e nem tampouco validar o trabalho construído pelos serviços, ao longo dos últimos anos, no cuidado a este e a outros grupos em processo de vulnerabilidade. No contexto de retrocessos em que as Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental se encontram, há importante risco de descontinuidade e interrupção desses trabalhos como resultado de condutas retrógradas e autoritárias, que veem a reclusão dessa população em instituições asilares e até mesmo prisionais como forma adequada para governar e administrar os problemas e contradições sociais que elas representam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 28, n. 1, p. 115-24, 2012.

BARATA, R. B.; CARNEIRO JUNIOR, N.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 219-32, 2015.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1069-76, 2014.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BOTTI, N. C. L.; CASTRO, C. G.; SILVA, A. K.; SILVA, M. F.; OLIVEIRA, L. C.; CASTRO, A. C. H. O. A.; FONSECA, L. L. K. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, ag./dez. 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília: CNS, 2011a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossociais e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial no território**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. **Define as diretrizes e funcionamento das equipes de consultório na rua**. Brasília. Diário Oficial da União, 2012b; 26 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União 2011c; dez 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União 2010; dez 31.

CAMPOS G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CANÔNICO, R. P.; TANAKA, A. C. D.; MAZZA, M. M. P. R.; SOUZA, M. F.; BERNAT, M. C.; JUNQUEIRA, L. X. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. Esp., 799-803, 2007.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde pública**, vol. 30, n. 3: p. 285-93, 1996.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-16, 2010.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6: p. 1827-1835, nov-dez, 2003.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 12ª ed. Petrópolis, Vozes, 2015.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan/dez, 1997.

CHRYSTAL, J.; GLOVER, D.; YOUNG, A. S.; WHELAN, F.; AUSTIN, E. L.; JOHNSON, N. K.; POLLIO, D. E.; HOLT, C. L.; STRINGFELLOW, E.; GORDON, A. J.; KIM, T. A.; DAIGLE, S. G.; STEWART, J. L.; KERTESZ, S. G. Experience of primary care among homeless individuals with mental health conditions. **PLOS ONE**, v. 10, n. 2, February 2015.

DIAS, M. D. A.; SVELI, O. G. J.; MARTINS, T. F. Servizi di salute mentale nell'attenzione primaria della salute: riflessioni a partire da alcune realtà brasiliane. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 10, novembre, 2014.

FESPSP. Núcleo de Pesquisas em Ciências Sociais. **Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo**. Prefeitura de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/censo_1338734359.pdf - Acesso em: 27/11/14, 17:19

FIESP. Capital Humano. Departamento de ação regional. Estado de São Paulo. **Ranking municipal de IDH**. Disponível em: [http://apps2.fiesp.com.br/regional/\(S\(rbfxt2e1hvbp1dlrbsn0fym\)\)/DadosSocioEconomicos/RankingIDH.aspx](http://apps2.fiesp.com.br/regional/(S(rbfxt2e1hvbp1dlrbsn0fym))/DadosSocioEconomicos/RankingIDH.aspx) - Acesso em: 26/02/2016, 21:44.

FIPE. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social-SMADS. **Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2015 – Resultados**. Prefeitura de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf - Acesso em: 30/07/2015, 13:19.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, Artmed, 2009a.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, Artmed, 2009b.

GARIGLIO, M. T. O. O cuidado em saúde. *In*: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção Centrada na pessoa**. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre, Artmed, 2009.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Porque fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Cad. Pesq. Cienc. Saúde**. 2006; vol. 1, n. 2, p. 5-19.

HALLAIS, J. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul, 2015.

IBGE. Cidades. São Paulo. **São Paulo. Informações completas**. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/493> - Acesso em: 26/02/2016a, 21:43

IBGE. Estatística. População. Estimativas de população. **Estimativas de população para 1º de julho de 2015**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm - Acesso em: 26/02/2016b, 21:41.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In*: PITTA, A. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 55-59, 2001.

KLEINMAN, A. La sofferenza sociale negli spazi urbani. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 6, novembre, 2012.

LISBOA, M. S. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização**. 2013. 281 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-60, 2014.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago, 2009.

MARQUES, A. L. M. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial**. 2010, 167 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1992.

MORAIS, F. **“Surto poéticos” – Poemas e outros textos (Por um dependente químico)**. João Pessoa: Editora Vão Livre; 2016.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set-dez, 2004.

OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. 2001.

POPE, C. P.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

RIO NAVARRO, J.; COHEN, J.; ARECHAGA, E. R.; ZUNIGA, E. Z. Physical and sexual violence, mental health indicators and treatment seeking among street-based population groups in Tegucigalpa, Honduras. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 31, n. 5, p. 388-95, 2012.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 331-6, maio-jun. 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Observatório. Centro de Geoprocessamento e Estatística. **Rede de serviços socioassistenciais 2015**. Prefeitura de São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_social/mapas/index.php?p=2012 – Acesso em: 07/02/2017, 18:35.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Redes de Atenção. Saúde Mental. **Documento da Rede de Atenção Psicossocial elaborado pelo Grupo Condutor Regional de Saúde Mental para apreciação e homologação do Colegiado de Gestão Regional da RAAS 06**. Prefeitura de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAPS04112013.pdf> - Acesso em: 02/03/2017, 11:49.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Programas. **O Programa De Braços Abertos**. Prefeitura de São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf> – Acesso em: 22/03/2017, 12:05.

SÃO PAULO. Subprefeituras. **Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras**. Prefeitura de São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758 – Acesso em: 27/11/2014, 17:27.

SARACENO, B. Descrivere la realtà ma anche cambiarla. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 11, aprile, 2015.

SARACENO, B. I sistemi sanitari non sono disegnati per i bisogni dei cittadini. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 10, novembre, 2014.

SARACENO, B. Empowerment. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 07, aprile, 2013.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago, 2011.

SARACENO, B. Il paradigma della sofferenza urbana. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 1, aprile, 2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 13-18, 2001.

SARRADON-ECK, A.; FARNARIER, C.; HYMANS, T. D. Caring on the margins of the healthcare system. **Anthropology & Medicine**, v.21, n. 2, 2014, p. 251-263.

SEIDMAN, I. **Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences** [e-book]. Fourth Edition ed. New York. London: Teachers College Press; 2013 [cited 2016 feb 27]. Available from: <http://www.teacherscollegepress.com>.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 805-14, abril, 2014.

SKOSIREVA, A.; O'CAMPO, P. ZERGER, S.; CHAMBERS, C.; GAPKA, S.; STERGIOPOULOS, V. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. **BMC Health Care Research**, v. 14, n. 376, 2014.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOUZA, E. S.; SILVA, S. R. V.; CARICARI, A. M. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. Esp., p. 810-4, 2007.

THORNICROFT, G. TANSELLA, M. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. Barueri: Ed. Manole, 2010.

TORRICELLI, G. Soietà senza dimora, persone con dimora. **SOUQuaderni - Centro Studi Sulla Sofferenza Urbana**, n. 11, aprile, 2015.

TRINO, A.; RODRIGUES, R. B. Estratégias de suportes ao cuidado para a equipe do Consultório na Rua. *In: Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf – Acesso em: 15/03/2017, 18:35.

TURARO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALENCIA, E.; SAEZ, H.; KOOL, J.; SANTOS, J. F. C.; CAVALCANTI, M. T.; LOVISI, G. M.. Homelessness and mental health in New York City: an overview 1994-2006. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 20-26, 2011.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan-abr, 2004.

WEISS, R. S. **Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies** [e-book] 1995 [cited 2016 feb 27]. Available from: www.simonandschuster.com.

WHO. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). **How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?** January, 2005.

ZERGER, S.; BACON, A.; CORNEAU, S.; SKOSIREVA, A.; MCKENZIE, K.; GAPKA, S.; O'CAMPO, P.; SARANG, A.; STERGIOPOULOS, V. Differential

experiences of discrimination among ethnoracially diverse persons experiencing mental illness and homelessness. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 353, 2014.

APÊNDICE 1 – TCLE Profissionais**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

NOME: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: (____) _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ APTO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “O CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SÉ”.

2. PESQUISADOR PRINCIPAL: Prof. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO 3/446

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

**REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE
OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

Este estudo pretende conhecer as ações dirigidas às pessoas em situação de rua, que apresentam transtorno mental, desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial da região Sé no município de São Paulo, em especial pelas equipes e usuários do Consultório na Rua e do CAPS Adulto II, e identificar os obstáculos encontrados no cotidiano desse trabalho.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação. Você será convidado(a) a participar de uma entrevista individual e/ou em grupo, chamada de grupo focal. Procuraremos conhecer as ações desenvolvidas e

compartilhadas pelos serviços e analisar como se articulam as ações na Rede de Atenção Psicossocial local, além de identificar obstáculos e pontos de força presentes no cotidiano de trabalho.

Serão apresentados os roteiros de entrevista individual e de grupo e gostaríamos de assegurar que cada participante terá total liberdade para decidir sobre a sua participação e opinar sobre os assuntos de acordo com sua vontade e interesse.

Cada entrevista e discussão em grupo será gravada e posteriormente transcrita. Dessa forma, gostaríamos de obter a sua autorização para a realização e gravação de sua entrevista e posterior inclusão de suas opiniões no relatório final da pesquisa. As transcrições de cada entrevista ficarão à disposição de cada participante que terá liberdade de, em qualquer momento, retirar a sua autorização para que sejam utilizadas, bem como de deixar de participar do estudo.

Cada participante terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo expresso. Também se garante o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas. Ademais, os participantes terão salvaguarda da identificação em qualquer circunstância, inclusive em relação à solicitação de verificação dos documentos por Comitê de Ética.

O relatório final será apresentado em um seminário local, aberto a todos os participantes da pesquisa. Consideramos que a sua participação é muito importante para que possamos aprofundar o conhecimento sobre as ações oferecidas atualmente pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Sé às pessoas em situação de rua que apresentam transtorno mental.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo de realização da pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - Tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 - E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS): Rua General Jardim, 36 - 1º andar - Tel: **11-33972464** - Email: smscep@gmail.com

**INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS
RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA
CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES
ADVERSAS.**

Elisabete Ferreira Mângia

Telefone 3682-7459 e 3091-7457 (Departamento de Fisioterapia,
Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP)

Endereço: Rua Victor Brecheret 520 - 9DT3. Vila Iara. Osasco. CEP 06026-000.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo **“O CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SÉ”**.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

APÊNDICE 2 – TCLE Usuários**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

NOME: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: (____) _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ APTO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “O CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SÉ”.

2. PESQUISADOR PRINCIPAL: Prof. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO 3/446

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

**REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU
SEU****REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

Este estudo pretende conhecer as ações dirigidas às pessoas em situação de rua desenvolvidas pelos serviços de saúde da região Sé, no município de São Paulo, em especial pelo Consultório na Rua e pelo CAPS Adulto II Sé, onde você é ou já foi atendido(a).

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação. Você será convidado(a) a participar de uma entrevista individual para contar sua

experiência nesses serviços. Também gostaríamos de conhecer sua opinião a respeito de sua saúde.

Estes dados servirão para que conheçamos suas necessidades em saúde, sua relação com os serviços que frequenta e as ações oferecidas por estes serviços a você.

O roteiro de entrevista será apresentado antes de começarmos e você terá total liberdade para decidir sobre a sua participação e para opinar sobre os assuntos de acordo com sua vontade e interesse.

Cada entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Dessa forma, gostaríamos de obter a sua autorização para a realização e gravação de sua entrevista e posterior inclusão de suas opiniões no relatório final da pesquisa. A transcrição de sua entrevista ficará à sua disposição e você poderá, em qualquer momento, retirar a sua autorização para que ela seja utilizada.

Caso se mostre necessário, também gostaríamos de contar com a sua autorização para coleta de informações em seu prontuário.

Você terá a garantia sobre o sigilo, privacidade e confidencialidade do conteúdo expresso. Também se garante o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas. Ademais, os participantes terão salvaguarda da identificação em qualquer circunstância, inclusive em relação à solicitação de verificação dos documentos por Comitê de Ética.

O relatório final será apresentado em um seminário local, aberto a todos os participantes da pesquisa. Consideramos que a sua participação é muito importante para que possamos aprofundar o conhecimento sobre as ações oferecidas atualmente pelos serviços de saúde da região Sé às pessoas em situação de rua.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo de realização da pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - Tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 - E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS): Rua General Jardim, 36 - 1º andar - Tel: **11-33972464** - Email: smscep@gmail.com

**INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS
RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA
CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES
ADVERSAS.**

Elisabete Ferreira Mângia

Telefone 3682-7459 e 3091-7457 (Departamento de Fisioterapia,
Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP)

Endereço: Rua Victor Brecheret 520 - 9DT3. Vila Iara. Osasco. CEP 06026-000.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo **“O CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SÉ”**.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista com gestores

Apresentação – Entrevista Gestores

Esta entrevista busca apreender informações sobre a(s) equipe(s) que compõe(m) o serviço em questão (CAPS / Consultórios na Rua) e seu funcionamento, de modo a conhecer sua composição, sua proposta de trabalho e ações produzidas.

Os dados coletados serão transcritos, organizados e apresentados a cada entrevistado para apreciação e/ou revisão e discussão com a equipe da pesquisa.

O nosso objetivo é captar suas impressões mais imediatas e espontâneas. Assim, gostaríamos que você respondesse às questões formuladas de acordo com aquilo que vem mais imediatamente ao seu pensamento.

Para aqueles tópicos que, por qualquer motivo, você julgar não ter condições de responder, simplesmente não responda.

A entrevista deve durar em torno de 1 hora.

Se julgar necessário, ao final da entrevista deixe seu comentário.

Procederemos à leitura de todo o questionário e, em seguida, você responderá apenas as questões que desejar. Poderemos retomar as questões, caso você ache necessário.

Agradecemos desde já a sua participação e colaboração.

Elisabete Ferreira Mângia

Lívia Bustamante van Wijk

Maysa Yassutake

1. Quando este serviço (CAPS / Consultórios na Rua) iniciou seus trabalhos neste território?
2. Você pode falar sobre as ações desenvolvidas pela(s) equipe(s)?
3. Você pode falar a respeito das diretrizes que orientam o trabalho desenvolvido?
4. Você pode descrever a composição da(s) equipe(s) e sua forma de organização?
5. De que forma o trabalho da(s) equipe(s) com os usuários se articula com a rede de atenção?
6. Como se inicia o acompanhamento de um usuário neste serviço?
7. Qual é o percurso de cuidado desenvolvido?
8. Você pode falar como se dá a coordenação do trabalho e o gerenciamento da(s) equipe(s)?
9. Essa(s) equipe(s) ou seus membros individualmente recebeu treinamento antes de iniciar suas atividades?
10. Há alguma atividade de educação continuada? E supervisão?
11. Em sua opinião, quais são os principais desafios presentes no desenvolvimento do trabalho dessa(s) equipe(s)?
12. Em sua opinião, quais são os pontos de força e facilitadores desse trabalho?

APÊNDICE 4 – Roteiro de entrevista com profissionais

Apresentação – Entrevista Profissionais

Esta entrevista busca apreender sua percepção e opiniões sobre aspectos das ações de atenção psicossocial desenvolvidas no contexto das equipes e serviços localizados na região central do município de São Paulo, em especial aquelas dirigidas às pessoas com transtorno mental que se encontram em situação de rua e/ou fazem uso de álcool e/ou outras drogas.

Os dados coletados serão transcritos, organizados e apresentados a cada entrevistado para apreciação e/ou revisão e discussão com a equipe da pesquisa.

O nosso objetivo é captar suas impressões mais imediatas e espontâneas. Assim, gostaríamos que você respondesse às questões formuladas de acordo com aquilo que vem mais imediatamente ao seu pensamento.

Para aqueles tópicos que, por qualquer motivo, você julgar não ter condições de responder, simplesmente não responda.

A entrevista deve durar em torno de 1 hora.

Se julgar necessário ao final de cada grupo de questões, ou ao final de toda a entrevista, deixe seu comentário.

Procederemos à leitura de todo o questionário e, em seguida, você responderá apenas as questões que desejar. Poderemos retomar as questões, caso você ache necessário.

Agradecemos desde já a sua participação e colaboração.

Elisabete Ferreira Mângia

Livia Bustamante van Wijk

Maysa Yassutake

Gerais

1. Em sua opinião, quais são as necessidades apresentadas pelas pessoas com problemas decorrentes de transtornos mentais que você identifica neste território? E decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas?
2. Quais os serviços e recursos disponíveis neste território para o cuidado de pessoas em situação de rua com transtorno mental e/ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas?

Percepção sobre a prática desenvolvida

3. Em que consiste o trabalho desenvolvido pela equipe do serviço onde você trabalha?
4. Você pode dizer o que é e como se organiza um projeto terapêutico (para pessoas em situação de rua com transtorno mental e/ou uso de álcool e drogas) na prática de sua equipe?
5. Você pode dizer o que é e quais ações de redução de danos são desenvolvidas em sua equipe de trabalho?
6. Como ocorre a articulação com os demais serviços que compõem a RAPS em que você atua?
7. Você pode dizer como as pessoas em situação de rua com transtorno mental e/ou uso de álcool e drogas acessam o serviço onde você trabalha e os demais serviços da rede?

Aspectos qualidade assistencial / formação

8. Quais os obstáculos que você encontra no cotidiano de trabalho junto às pessoas em situação de rua com transtorno mental e/ou uso de álcool e drogas?
9. Quais pontos de força são identificados no desenvolvimento deste trabalho?
10. Como você percebe as condições de trabalho para o desenvolvimento da atenção em saúde mental e para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em seu território?

11. Você se sente capacitado para o trabalho com pessoas em situação de rua com transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas?

12. Você poderia relatar um caso, dentre aqueles que você acompanha, que você considere marcante em sua experiência de trabalho?

Apêndice 5 – Roteiro de entrevista com usuários

Apresentação – Entrevista Usuários

Esta entrevista tem como objetivo conhecer sua opinião a respeito da atenção e do cuidado que você recebe nos serviços onde faz acompanhamento: CAPS Adulto II Sé e Equipe de Consultório na Rua.

O nosso objetivo é registrar suas impressões mais imediatas e espontâneas. Assim, gostaríamos que você respondesse às questões de acordo com aquilo que vem mais imediatamente ao seu pensamento.

Para aqueles tópicos que, por qualquer motivo, você julgar não ter condições de responder, simplesmente não responda.

A entrevista deve durar em torno de 1 hora.

Procederemos à leitura de todo o questionário e, em seguida, você responderá apenas as questões que desejar. Poderemos retomar as questões, caso você ache necessário, e novas questões poderão ser formuladas, a partir dos seus comentários.

Se julgar necessário, ao final de toda a entrevista deixe seu comentário.

Agradecemos desde já a sua participação e colaboração.

Elisabete Ferreira Mângia

Lívia Bustamante van Wijk

Maysa Yassutake

1. Você pode falar como está sua saúde?
2. Você está sendo atendido em algum serviço de saúde? Se sim, qual?
3. Você pode contar como chegou a esse serviço?
4. Você pode dizer que tipo de atendimento está recebendo?
5. Você consegue seguir as orientações e dar continuidade ao tratamento recebido?
6. Você recebe alguma orientação sobre o uso de álcool e outras drogas?
7. Você pode falar sobre como tem cuidado de sua saúde?
8. Você pode falar sobre o que acha que seria um bom atendimento de saúde para você?
9. Qual a sua opinião sobre os serviços e os profissionais que o acompanham?

APÊNDICE 6 – Roteiro para observação participante

Caderno de Campo

Data: ____/____/____ Horário da observação: das ____:____ às ____:____
 Observador: _____
 Local: _____
 Contexto: _____

Objetivos/população	Aspectos	Ações Observadas	DESCREVER a partir de diferentes pontos de vista
☐ Acompanhamento do trabalho em equipe ☐ Acompanhamento de profissional específico – Qual: _____ ☐ Acompanhamento de usuários ☐ Reunião de equipe ☐ Matriciamento ☐ Outra situação – Qual: _____	- Assistenciais; (emergenciais; continuidade terapêutica, PTS) - Psicossociais e de suporte; - Estruturais; - Ambientais; - Econômicos.	- Nomear o contexto no qual a observação relatada foi feita; - Identificar as ofertas assistenciais em curso (visita, consulta, grupo, acolhimento, outras); - Identificar tipo de trabalho da equipe e/ou serviço.	1. Trajetórias dos usuários e/ou familiares 2. Trajetórias dos agentes de saúde 3. Trajetórias do trabalho da equipe 4. Trajetórias dos estudantes 5. Identificar redes de cooperação

Diário de Ações da Pesquisa - Descritivo Situações ou ações observadas / tempo de observação / sujeitos envolvidos / lugar do observador	Diário de Pesquisa - Analítico Impacto sobre o observador / sua análise (provisória)

Diário de Ações da Pesquisa - Descritivo Situações ou ações observadas / tempo de observação / sujeitos envolvidos / lugar do observador	Diário de Pesquisa - Analítico Impacto sobre o observador / sua análise (provisória)

**ANEXOS 1 E 2 – Pareceres de Aprovação do Projeto de Pesquisa
pela CAPPesq / HCFMUSP e pelo CEP / SMS**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Psicossocial em Saúde Mental - Álcool e drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais e educacionais para o trabalho interprofissional

Pesquisador: Elisabete Ferreira Mangia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46268215.4.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.309.689

Apresentação do Projeto:

Emenda refere-se a inclusão do sub-projeto intitulado "O CUIDADO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SÉ" que será dissertação de mestrado da aluna LIVIA BUSTAMANTE VAN WIJK, tendo como orientadora a Profa. Dra. Elisabete Ferreira Mângia.

Objetivo da Pesquisa:

Refere-se a subprojeto voltado para Atenção a pessoas em situação de rua. O tema servirá de material para Pós Graduação da aluna LIVIA BUSTAMANTE VAN WIJK.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são muito reduzidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é racional e corretamente elaborado. Poderá trazer subsídios interessantes para o atendimento de pessoas em situação de risco social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Novos TCLE foram adicionados para o subprojeto.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 1.309.689

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_605555_E1.pdf	22/10/2015 09:57:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:56:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Funcionarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:55:44	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SubprojetoD.docx	22/10/2015 09:54:48	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda.docx	22/10/2015 09:53:59	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	anuencia coordenador residência.pdf	04/08/2015 08:48:39		Aceito
Outros	autorização oeste (lapa pibheiros).jpg	29/07/2015 14:23:57		Aceito
Outros	pesquisa - autorização - centro.jpg	29/07/2015 14:23:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_RESIDENTES.doc	29/07/2015 14:19:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FUNCIONÁRIOS.doc	29/07/2015 14:18:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.doc	17/06/2015 15:55:49		Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 1.309.689

Folha de Rosto	folha de rosto conep.pdf	10/06/2015 15:18:29		Aceito
Outros	cadastro online.pdf	10/06/2015 15:17:12		Aceito
Outros	Ficha profissional (2).doc	22/05/2015 11:56:25		Aceito
Outros	ficha Serviço de Saúde.doc	22/05/2015 11:56:01		Aceito
Outros	cronograma pesquisa.docx	22/05/2015 11:52:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de pesquisa final.docx	22/05/2015 11:46:50		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Novembro de 2015

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Psicossocial em Saúde Mental - Álcool e drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais e educacionais para o trabalho interprofissional

Pesquisador: Elisabete Ferreira Mangia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46268215.4.3001.0086

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.318.055

Apresentação do Projeto:

-

Objetivo da Pesquisa:

-

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já aprovado por este CEP em 07/10/15.

Trata esta relatoria da avaliação ética da seguinte emenda:

“ Venho solicitar a inclusão no Projeto “Atenção Psicossocial em Saúde Mental - Álcool e drogas: desafios na construção de estratégias assistenciais e educacionais para o trabalho interprofissional” (CAAE: 46268215.4.0000.0068), do sub-projeto de mestrado "O cuidado a pessoas em situação de rua: a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé". O sub-projeto "O cuidado a pessoas em situação de rua: a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé" se configura como projeto de mestrado a ser desenvolvido pela aluna Lívia Bustamante van Wijk, regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação e sob minha

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.318.055

orientação. O sub-projeto, que busca focar o cuidado em saúde mental à população em situação de rua, está alinhado ao Projeto maior e, portanto, não haverá modificações nem nos objetivos e nem tampouco nos cenários de estudo, que são os mesmos já aprovados. “

Do ponto de vista ético, esta emenda não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Res 644/12 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_605555_E1.pdf	22/10/2015 09:57:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:56:00	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Funcionarios_subprojetoD.docx	22/10/2015 09:55:44	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SubprojetoD.docx	22/10/2015 09:54:48	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	Carta_Emenda.docx	22/10/2015 09:53:59	Elisabete Ferreira Mangia	Aceito
Outros	anuencia coordenador residência.pdf	04/08/2015 08:48:39		Aceito
Outros	autorização oeste (lapa pibheiros).jpg	29/07/2015 14:23:57		Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.318.055

Outros	pesquisa - autorização - centro.jpg	29/07/2015 14:23:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_RESIDENTES.doc	29/07/2015 14:19:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FUNCIONARIOS.doc	29/07/2015 14:18:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.doc	17/06/2015 15:55:49		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto conep.pdf	10/06/2015 15:18:29		Aceito
Outros	cadastro online.pdf	10/06/2015 15:17:12		Aceito
Outros	Ficha profissional (2).doc	22/05/2015 11:56:25		Aceito
Outros	ficha Serviço de Saúde.doc	22/05/2015 11:56:01		Aceito
Outros	cronograma pesquisa.docx	22/05/2015 11:52:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto de pesquisa final.docx	22/05/2015 11:46:50		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Novembro de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com