



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Sebastião Carlos Silva da Conceição

**Apoio matricial às equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde**

Rio de Janeiro

2023

Sebastião Carlos Silva da Conceição

**Apoio matricial às equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mirna Barros Teixeira.

Coorientador: Prof. Dr. Hermes Candido de Paula.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Matrix support for Family Health teams in the care of homeless people from the perspective of popular health education.

C744a Conceição, Sebastião Carlos Silva da.  
Apoio matricial às equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde / Sebastião Carlos Silva da Conceição. -- 2023.  
67 f. : fotos, mapas.

Orientadora: Mirna Barros Teixeira.  
Coorientador: Hermes Candido de Paula.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 54-56.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Análise de Dados. 5. Consultório na Rua. I. Título.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Sebastião Carlos Silva da Conceição

**Apoio matricial às equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovado em: 22 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Iacã Machado Macerata  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Marcelo Pedra Martins Machado  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Hermes Candido .de Paula (Coorientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra Mirna Barros Teixeira (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2023

À toda a população em situação de rua que tive o prazer de encontrar nessas esquinas do cuidado e que contribuíram para a formação do profissional que me tornei. Minha maior motivação com este trabalho de mestrado é acreditar que um dia todos terão acesso ao SUS.

## AGRADECIMENTOS

Como é bom chegar até aqui. Sou grato a Deus e a tantas pessoas que me ajudaram nesse longo percurso que foi caminhar até esse lugar. Quero agradecer à minha família, aos meus filhos, Sávio e Sandro, e a Silvana por entenderem a minha ausência em ocasiões importantes.

Aos meus pais, que se encontram na eternidade: obrigado pelo cuidado para comigo.

Aos meus irmãos e irmãs: Sandra, Marta, Marcos, Patrícia, Rafael, Jose Augusto, Oldair e Sandro, compartilhar o mesmo sangue que vocês é motivo de muito orgulho; só nós sabemos de onde viemos. Obrigado por acreditarem em mim.

À minha irmã Laila, te devo esse título. Obrigado por todos os momentos de convívio e comunhão. Ao Iacã, gratidão por você sempre acreditar em mim. À Cláudia por me ensinar tanto sobre o cuidado do corpo e da mente. À Ana Maria por estar sempre presente. Sempre te vejo nos meus melhores e piores momentos. Ao Eduardo meu compadre e irmão, por caminhar lado a lado comigo na procura de um SUS para todos. Ao amigo e irmão Márcio que sempre me incentivou a continuar e nunca desistir. À enfermeira Celi, por ser um exemplo de profissional e de pessoa a ser seguido. Gratidão.

À minha equipe da eSF Toscana: Paula, minha acs querida, enfrenta comigo todos os desafios do cuidado. Cintia, sua serenidade me ensina a ser melhor comigo e com o próximo; Luciana, você ama o que faz e isso te torna especial. Simone, sua organização é algo admirável, Vitor, carisma faz parte do teu jeito de ser, e Tayná, traz a doçura de ser tão especial.

Aos meus orientadores, Mirna e Hermes, obrigado por trilharem esse caminho das pesquisas com perfeição e zelo pelo cuidado à população em situação de rua.

À Valéria, que tanto me incentivou. Obrigado por tudo. Fostes essencial para a conclusão desse curso. Sempre me dizia que o mestrado era um momento solitário, mas você nunca me deixou sozinho.

Às professoras Adriana e Elyne, por acreditarem nessa proposta de cuidado. Vocês me ajudaram a mudar um pouco o cuidado de alguém em situação de rua.

À Andris e ao Edson, minhas grandes conquistas desse mestrado. Vou carregá-los para sempre em meu coração. À toda eSF Felipe Cardoso pelo carinho para comigo. Com vocês, esse sonho tornou-se real.

“...Os ninguéns: os filhos de ninguém, os dono de nada.  
Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e  
mal pagos:  
Que não são embora sejam.  
Que não falam idiomas, falam dialetos.  
Que não praticam religiões, praticam superstições.  
Que não fazem arte, fazem artesanato.  
Que não são seres humanos, são recursos humanos.  
Que não tem cultura, têm folclore.  
Que não têm cara, têm braços.  
Que não têm nome, têm número.  
Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas  
policiais da imprensa local.  
Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata”  
(Galeano, 2002, p. 42).

## RESUMO

O acesso da população em situação de rua se encontra muito restrito às equipes de Consultório na Rua, quando poderia ser ampliado para equipes de Atenção Primária, considerando a universalidade como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta maneira, este estudo tem o objetivo geral de propor uma estratégia de apoio matricial de uma Equipe de Consultório na Rua para equipes de Saúde da Família, em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, que utilizou a pesquisa-ação como método; realizada em uma Unidade Básica de Saúde composta por 14 equipes de Saúde da Família e 1 equipe de Consultório na Rua, com sede na Penha, bairro da zona norte do Rio de Janeiro. Como resultados da pesquisa destaca-se que na Unidade escolhida para a intervenção, o acolhimento e utilização dos espaços possibilitou o cumprimento de todas as fases da pesquisa, contemplado por visitas ao território e rodas de conversas, especialmente entre as Agentes Comunitárias de Saúde e a Equipe de Consultório na Rua. Foi realizada oficina de sensibilização com os profissionais das duas equipes envolvidas, onde a potência das falas das trabalhadoras(es) se tornou um grande diferencial, transformando-se em norteador da integração entre as equipes de Saúde da Família e a equipe de Consultório na Rua. Esta pesquisa possibilitou, assim, que a urgente discussão sobre o acesso universal da população em situação de rua no SUS fosse ressignificado, pactuado e compreendido de maneira mais ampla, possibilitando, assim, processos de mudanças no cuidado continuado.

Palavras-chave: consultório na rua; população em situação de rua; acesso; saúde da família.

## **ABSTRACT**

Access for the homeless population is very restricted to Street Clinic teams, when it could be expanded to Primary Care teams, considering universality as one of the fundamental principles of the Unified Health System (SUS). In this way, this study has the general objective of proposing a matrix support strategy for a Street Clinic Team for Family Health teams, in a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro. This is qualitative, exploratory research, which used action research as a method; carried out in a Basic Health Unit composed of 14 Family Health teams and 1 Street Clinic team, based in Penha, a neighbourhood in the north of Rio de Janeiro. As research results, we highlight that in the Unit chosen for the intervention, the reception and use of spaces made it possible to complete all phases of the research, including visits to the territory and conversation circles, especially between the Community Health Agents and the Health Team. An awareness workshop was held with professionals from the two teams involved, where the power of the workers' speeches became a major differentiator, becoming a guide for integration between the Family Health teams and the Clinic team. This research made it possible for the urgent discussion about universal access for the homeless population in the SUS to be given a new meaning, agreed upon and understood more broadly, thus enabling processes of change in continued care.

**Keywords:** office on the street; homeless population; access; family health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Fases da Pesquisa, técnicas utilizadas e período de execução.....	26
Figura 1 -	Clínica da Família Felipe Cardoso (CFFC).....	27
Figura 2 -	Área de abrangência.....	28
Quadro 2 -	Perfil dos participantes do estudo.....	37
Quadro 3 -	Atividades realizadas no cuidado.....	41
Quadro 4 -	Desafios do cuidado à PSR.....	41
Quadro 5 -	Potencialidades desenvolvidas no cuidado à PSR.....	42
Quadro 6 -	Atividades de apoio matricial feitas entre a eSF e a eCnaR no cuidado à PSR.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Agente Social
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPSad	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Droga
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFFC	Clínica da Família Felipe Cardoso
CFIM	Clínica da Família Ivanir de Mello
CMS	Centro Municipal de Saúde
CRAF	Central de Recepção Adultos e Famílias
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
eCnaR	Equipe de Consultório na Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MNPR	Movimento Nacional População de Rua
NASF	Núcleo De Apoio Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POP	População de rua
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SF	Saúde Da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica De Saúde
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL CONCEITUAL.....</b>	<b>17</b>
2.1	CONSULTÓRIO NA RUA-ESTRATÉGIAS DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA..	17
2.2	ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	18
2.3	MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO.....	18
2.4	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS.....	20
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
3.1	FASES DA PESQUISA.....	23
<b>3.1.1</b>	<b>Fase exploratória.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Fase de planejamento.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Fases de Ação e Implementação.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Fase de avaliação.....</b>	<b>26</b>
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	27
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	28
3.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	29
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
<b>4</b>	<b>COLETA DE DADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>PRODUTO ESPERADO.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>35</b>
7.1	RISCOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	35
<b>8</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
8.1	DESCRIÇÃO DA ENTRADA NO CAMPO.....	37
8.2	DESCRIÇÃO DA OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO.....	39
<b>8.2.1</b>	<b>Oficina de sensibilização do cuidado à PSR.....</b>	<b>39</b>
<b>8.2.2</b>	<b>Monólogo sobre a história de vida do autor.....</b>	<b>40</b>
8.3	RESULTADOS DA OFICINA.....	40
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
9.1	<i>CnaR</i> .....	44
9.2	VÍNCULO.....	45

9.3	ACOLHIMENTO.....	46
9.4	DESAFIOS.....	48
9.5	APOIO MATRICIAL.....	49
9.6	ESTRATÉGIAS E SUGESTÕES.....	49
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE SENSIBILIZAÇÃO UTILIZANDO AS FERRAMENTAS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO I – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM.....</b>	<b>64</b>
	<b>ANEXO IV–TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa pretende desenvolver estudos relacionados à Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família no Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz.

O tema eleito ancora-se na minha experiência pessoal, quando, em 2010, cheguei à cidade do Rio de Janeiro com pouquíssimas coisas, documentação pessoal e uma pasta azul contendo alguns currículos na tentativa de uma oportunidade de trabalho. Sou nascido e criado na cidade de Teresópolis, Região Serrana do Rio de Janeiro, o quarto dos nove filhos da dona Ângela e seu Onofre muito conhecido por Pelé. Cursei minha graduação em enfermagem trabalhando como técnico de enfermagem à noite, o que me permitiu custear meus estudos no ensino superior. Somado a esse obstáculo, havia uma família para sustentar; embora representasse grandes desafios, tornou-se possível minha formatura em 2008.

A perspectiva encantadora da Cidade do Rio de Janeiro, somada às agruras de ter deixado uma história de vida familiar, tornou-se uma realidade bem diferente e, desta forma, restou-me o desbravar pelas ruas em busca da oportunidade de trabalho e, principalmente, a dignidade para exercer a profissão à qual havia dedicado alguns anos da minha existência.

Cada segundo, cada dia na cidade grande despontava para o esforço de uma nova superação. Faltava alimentação, faltava água, faltava banho, porém nunca me faltou coragem para acreditar que um dia eu alcançaria meu objetivo: trabalhar como enfermeiro e ser uma pessoa de sucesso. Para isso, não teve um só dia que eu não madrugasse, percorresse a pé os bairros do Rio de Janeiro e, de hospital em hospital, entregasse os meus currículos, na tentativa de ter uma oportunidade.

Houve um momento em que pensei em desistir. Foi em um dia ensolarado, com temperatura próxima dos 40º graus; a fome, a sede, o medo e a falta de fé vieram sobre mim, mas se sobrepôs a vontade de vencer. Tive receio de esmorecer, ir ao chão e a queda ser tão brava que não conseguisse me erguer novamente. Neste mesmo dia, fui ao HEMORIO com a desculpa de doar sangue para receber o lanche que ofereciam, mas, infelizmente, devido àquela situação de vulnerabilidade, com o rompimento de todos os meus direitos, a preocupação com as incertezas e dúvidas com relação ao futuro, fez com que a minha pressão arterial ficasse elevada e, assim, não pude doar sangue. Esse quadro, marcado pela desesperança, trouxe-me questionamentos e pensamentos para desistir.

O lapso de tempo de vivência nessa conjuntura se configurou no meu cotidiano com a perda da noção de tempo e a sensação de invisibilidade, por ser visto e não notado pelos

transeuntes, o que tornava ainda mais difícil aquela trajetória.

A volta para minha cidade natal poderia ser uma opção, todavia desistir não era uma opção; era preciso prosseguir e cumprir a promessa até então feita aos meus familiares: voltar para casa somente com emprego.

Sentado num banco de praça, abordou-me uma pessoa em situação de rua. Era um homem de estatura mediana, negro, barbudo, vestindo roupas rasgadas, com dentes estragados, pés rachados e com uma garrafa de aguardente na mão (a famosa “barrigudinha”). Embora um pouco alcoolizado, me apresentou algumas táticas de sobrevivência na rua e, em gesto de solidariedade, apresentou-me “bocas” de comida, como são conhecidos os locais onde são feitas doações de comida, assim também como locais para pernoite e higienização na região central da cidade. Aquele homem, na sua simplicidade, me trouxe uma nova perspectiva no contexto de vida em que eu estava enredado.

Em 2010, para minha surpresa, enfrentei um processo seletivo para trabalhar em um projeto pioneiro junto à população em situação de rua (PSR) na cidade do Rio de Janeiro, tendo sido selecionado para uma entrevista. Nesta, narrei a dificuldade de as pessoas em situação de rua acessarem os serviços e algumas peculiaridades inerentes a esse público. Houve uma fala em que apresentava a minha identidade com meus pares da rua, tendo isso sido relevante para minha contratação. Em vista disso, comecei a trabalhar em setembro de 2010 em uma das duas equipes de Estratégia Saúde da Família que prestavam cuidados em saúde às pessoas em situação de rua no centro da cidade do Rio de Janeiro.

Essas problemáticas continuam gerando inquietações e me despertaram interesse, pois a tentativa era a de entender o que de fato orienta os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, como elaboram suas relações frente às práticas de cuidados oferecidos às pessoas em situação de rua quando acessam as Unidades de Saúde e, em especial, o que contribui ou determina o acesso ou o não acesso aos tratamentos de saúde continuado.

O cuidado com a PSR está longe de ser algo a ser realizado somente por “especialistas” no assunto e, apesar de algumas pessoas em situação de rua apresentarem situação de saúde bastante complexa, a maioria dos usuários precisa de cuidados básicos, o que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, bastando apenas que este esteja aberto ao encontro, de acordo com suas especificidades e sendo como porta de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante destas questões, os profissionais de saúde assumem a função de buscar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais e de adoecimento, de modo a oferecer melhores respostas a essas pessoas, contribuindo para o desempenho clínico-assistencial (Brasil, 2012).

No contexto de uma política pública de saúde voltada a uma população historicamente à margem dos serviços de saúde, intervir de forma a tensionar a APS para que atue como porta preferencial, independentemente de morar em uma casa ou na rua, torna-se um espaço de construção coletiva de questões específicas que irão interferir diretamente no processo de vida ou de morte desses usuários (Junior; Jesus; Crevelim, 2010).

A PSR requer intervenções do campo da saúde e de outras áreas, como, por exemplo, a assistência social que esteja atenta às especificidades e aos modos de viver na rua e a suas formas de sobrevivência, para que a assistência prestada a essa população não tenha somente um caráter relacionado a caridades e filantrópicas.

Levando em consideração que a saúde é um direito inerente ao ser humano, propor discussões de modo a facilitar o acesso à saúde e a outros direitos da PSR é algo que merece estudo e atenção e, com efeito, buscar dar visibilidade para os invisíveis da sociedade, de modo também a sinalizar o quanto se está distante das peculiaridades desse cenário de práticas e vivências (Penchansky; Thomas, 1981).

No Brasil, as equipes de Consultório na Rua (eCnaR) foram instituídas a partir da segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria número 122/2012 (Brasil, 2012), sendo, portanto, uma estratégia de ampliação do cuidado à saúde dessa população no SUS. O trabalho acontece de forma dinâmica e itinerante em diversos cenários das cidades. As eCnaR buscam efetivar a equidade e o acesso às ações e serviços de saúde para uma população sem domicílio fixo, implantando formas de cuidados em saúde que extrapolam as endurecidas normas e rotinas das instituições de saúde.

As intervenções de saúde podem acontecer na rua, na sede/unidade de referência onde a equipe se encontra alocada e em instituições que compõem a rede de assistência desses usuários. De acordo com a Portaria nº122, de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, as eCnaR possuem três modalidades, a saber: I) 4 profissionais, sendo 2 de nível médio e 2 de nível superior, porém sem o profissional médico; II) 6 profissionais, sendo 3 de nível médio e 3 de nível superior, também sem o profissional médico ;III) nessa modalidade 2 é acrescida do profissional médico (Brasil, 2011).

A cidade do Rio de Janeiro dispõe atualmente de apenas oito equipes de Consultório na Rua, sendo: 2 equipes do Centro do Rio e 1 equipe em Acari, Jacarezinho, Mangueiras, Realengo, Santa Cruz e Zona Sul.

Todas essas equipes estão inseridas na modalidade III. Os profissionais alocados nesses equipamentos de saúde desenvolvem suas atribuições com carga horária mínima de 30 horas

semanais, podendo ocorrer períodos diurnos e/ou noturnos em todos os dias da semana (Brasil, 2012). Contudo, este quantitativo de equipes ainda demonstra dificuldade para a prestação de cuidados em saúde para toda a população em situação de rua que vive na cidade do Rio de Janeiro.

Compreender que o acesso da população em situação de rua aos serviços e ações de saúde é pressuposto essencial para a dignidade desse grupo é de suma importância. Essa população com característica itinerante, que, pelo risco pessoal e social, está exposta a vários fatores que interferem na saúde e que têm em comum a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade, remete aos profissionais de saúde o desafio de buscar estratégias de acesso, de acolhimento e de cuidado continuado.

Espera-se, portanto, que esses atuem não somente no aspecto concernente ao adoecer biológico do corpo, que normatiza em corpos passíveis de diagnóstico e da medicalização, mas também no processo de educação não somente no âmbito de prevenção de doenças e agravos, mas também nas visões sobre a complexidade do processo de adoecimento e suas repercussões nos diversos segmentos sociais.

À luz da literatura é possível inferir que, somados aos protocolos institucionais e à infraestrutura para a realização do trabalho das equipes, é importante o uso das tecnologias leves, de modo a conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/estabelecimentos de saúde. As “tecnologias leves” são as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e do cuidado (Merhy, 2005) e, assim, possibilita à população em situação de rua o estabelecimento do vínculo do profissional de saúde junto ao usuário de modo a facilitar o cuidado e reduzir o abandono de diversos tratamentos de saúde.

O que a rua “demonstra”, por meio das observações simples nos serviços de saúde e por meio da análise das Políticas Públicas vigentes, é que não basta somente haver protocolos, não basta ter a técnica nem somente insumos necessários. O que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que estabelecerá entre serviços e usuários (Macerata; Soares; Ramos, 2018).

Dessa maneira, o cuidado singularizado, utilizando o saber do outro como forma estratégica para a criação e a manutenção do vínculo é a fonte inspiradora para essa pesquisa, onde a Educação Popular em Saúde (EPS) é elemento de base norteadora.

A EPS começou a ter destaque no campo da saúde desde os anos de 1970 por utilizar o diálogo e a escuta como instrumento de cuidado, permitindo, assim, que indivíduos expressassem suas visões de mundo, valorizando as trocas entre o saber científico e o saber popular. Possibilitou-se, desse modo, que o usuário se descobrisse como parte do processo de

melhoria da sua qualidade de vida e o seu protagonismo no cuidado. Desta forma, a EPS insere o indivíduo em contexto, onde o torna o principal ator no processo de mudanças (Vasconcelos, 2004).

As estratégias propostas neste estudo são no sentido de alcance desta população e possuem embasamento nos princípios do direito à saúde. Assim, acredita-se que seja essencial utilizar os conjuntos de práticas que valorizem a prevenção e a promoção por meio da EPS para possibilitar a construção de ferramentas de cuidados e a construção de conhecimento para os profissionais de saúde que atuam com essa população, de forma a possibilitar a autonomia dos que habitam as ruas.

Este estudo é o reflexo de uma inquietação com o crescente êxodo urbano de pessoas que passaram a viver em situação de rua, principalmente agravada pela pandemia da COVID-19, pela enorme quantidade de problemas gerados pelo habitar nos logradouros públicos e pelas constantes barreiras de acesso aos cuidados em saúde com que se deparam cotidianamente estas pessoas que necessitam acessar as unidades de saúde da APS.

Como justificativa e delimitação do problema de pesquisa, este estudo procura entender como os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família elaboram suas relações frente às práticas de cuidado oferecidas às pessoas em situação de rua, quando elas acessam sua Unidade de Saúde. Como a equipe de Consultório na Rua poderia apoiar a equipe de Saúde da Família, na construção do cuidado à população em situação de rua? O que contribui ou determina o acesso ou o não acesso aos tratamentos de saúde continuado à população em situação de rua, quando ela é atendida pela equipe de Saúde da Família.

Pelo exposto tem-se, como objetivo geral desta pesquisa, a análise das estratégias do apoio matricial da equipe de Consultório na Rua às Equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua, em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro.

Para tanto, é preciso pôr em prática certas atividades, como: propor debates a fim de promover a reflexão dos profissionais que atuam na Clínica da Família Felipe Cardoso das CAP 3.1. para acolhimento e acesso ao cuidado integral e continuado às pessoas em situação de rua e promover a integração da equipe de consultório na rua (eCnaR) com as equipes de saúde da família (eSF); realizar o mapeamento das atividades realizadas, desafios e potencialidades no cuidado integral à PSR tanto das equipes de saúde da família da Clínica da Família Felipe Cardoso quando do CnaR da Penha; por fim, identificar e debater a respeito das estratégias de apoio matricial das equipes de CnaR da Penha e das equipes de Saúde da Família da Clínica das Família Felipe Cardoso da Ap3.1.

## 2 REFERENCIAL CONCEITUAL

### 2.1 CONSULTÓRIO NA RUA: ESTRATÉGIAS DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A APS é a porta preferencial de todo e qualquer cidadão, porém algumas populações devido às suas especificidades têm mais dificuldade de acessar o direito à saúde, o que se enquadra muito bem nessa parcela de pessoas com dificuldade de acesso à população em situação de rua; em razão disso foram criadas as equipes de consultório na rua, que apesar de iniciado no final dos anos 90, enquanto políticas públicas estruturadas datam de 2010 (Machado; Rabello, 2018).

A criação do Consultório na Rua foi prevista na PNAB em 21 de outubro de 2011 e representa um importante avanço na garantia dos direitos de cidadania quanto uma resposta à demanda do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) pela criação de equipes de saúde que atendessem às especificidades dessa população em âmbito nacional (Brasil, 2011). É uma estratégia do SUS, e que trabalha de forma dinâmica, em diversos cenários das cidades, através da busca ativa pelas pessoas em situação de rua no intuito de ofertar assistência integral baseada em suas necessidades de saúde, livre de preconceito ou julgamento (Silva; Junior; Bezerra, 2020).

A criação das eCnaR foi necessária devido a vulnerabilidade das populações em situação de rua e a dificuldade de acesso e cuidado longitudinal dessas pessoas à rede de atenção básica ou acesso num quadro muito avançado de questões psicossociais geradoras de sofrimento físicos e emocionais. Atuam no âmbito da APS integrando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Oferecem suas atividades de forma itinerante, todos os dias da semana e com flexibilidade de horários que se adequam de acordo com a demanda do público a ser trabalhado. A experiência da eCnaR têm demonstrado que o cuidado à saúde das pessoas é muito potente no território, onde a rede social e comunitária pode auxiliar no tratamento e alívio do sofrimento (Engstrom; Teixeira, 2016).

Atuar junto a PSR torna-se cada dia um desafio para as equipes da APS, principalmente pelas particularidades de cada caso e por situações que extrapolam os protocolos criados para respaldar os profissionais de saúde. Compreender que cada pessoa em situação de rua precisa ser observada na sua singularidade é talvez o maior e o mais significativo passo nesse cuidado ampliado. O que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o

modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários (Macerata: Soares; Ramos, 2014).

## 2.2 ESPECIFICIDADES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Ao analisar os censos e levantamentos regionais sobre a população em situação de rua, percebe-se que o Brasil apresenta fragilidades em produzir dados nacionais oficiais sobre os censos demográficos que caracterize e dimensione seu grupo social (Natalino, 2016).

Na cidade do Rio de Janeiro o último levantamento censitário ocorreu em novembro de 2022, quando foram percorridos 1.872 roteiros e 57 cenas de uso de drogas lícitas e ilícitas, identificando um total de 7.865 pessoas em situação de rua. Dessa totalidade 80% se encontra vivendo nas ruas da localidade, 20% abrigada em instituições públicas e/ou religiosas. Cerca de 17,4% relataram ter residência fixa e 55% ainda mantêm contato com seus familiares (Rio de Janeiro, 2022).

Apesar de as pessoas em situação de rua não se fixarem em um único lugar, é comum que criem referências com o território facilitando o acesso a comida, lugar para dormir ou tomar banho, fazer uso de substâncias lícitas ou ilícitas e etc. Mapear esses lugares torna-se ferramentas de trabalho que possibilita a busca ativa e/ou localização dessas pessoas para continuidade ou início de alguma intervenção de saúde (Paula *et al.*, 2018).

O conhecimento prévio das características inerentes a determinado público, propicia a construção do vínculo permitindo a transformação das práticas de cuidados e relação estabelecida entre profissionais e usuários, a partir de um projeto ético-estético-político centrado nas demandas e necessidades em saúde dos usuários, em sua singularidade, e mediante relações simétricas (Merhy, 2002).

Sensibilizar a rede de serviços para acolher a PSR, para o desenvolvimento do cuidado, compreende informar, esclarecer e tornar a rede das possibilidades da equipe, o que pode facilitar que a PSR transite pelos serviços públicos da maneira mais autônoma, sem que tenha de recorrer à eCnaR para mediar o acesso aos serviços da rede. Facilitando assim, um trabalho junto aos profissionais de Atenção Básica que desmistifique o estigma e preconceito em torno dessa população (Machado; Rabello, 2018).

## 2.3 MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

O apoio matricial acontece no cenário das práticas como um novo modo de produzir saúde. Esse vai de encontro à organização e funcionamento em sua totalidade de um serviço,

no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção-terapêutica compartilhada (Campos, 1999).

Acontece como uma construção compartilhada de saberes e olhar e a partir da troca entre os profissionais envolvidos instrumentalizando um número maior de pessoas para lidar com determinada situação que não domine ou domine pouco (Pedrosa, 2021).

O apoio matricial no contexto da saúde traz à garantia da retaguarda especializada às equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde. Contribui para consolidação do vínculo profissional e usuários, construção importantíssima para estabelecimento do cuidado integral. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou transformação de modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde (Campos, 2007).

Ocupar a referência em situações complexas tal como a “inexistência” do outro assim como promover saúde num campo tão vasto e de tantas violações de direitos, é um dos maiores desafios que o SUS propõe aos seus profissionais. Faz-se necessário nesse lidar com o outro uma desconstrução de valores e crenças, tarefas tão simples, principalmente quando embasadas no modelo biomédico e concepções pré-estabelecidas. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (Campos, 2007).

Em se tratando de uma população com peculiaridades específicas usar essa potente ferramenta para nortear um cuidado terapêutico ampliado em saúde contribuindo para melhora da relação entre as equipes de saúde da família, principal referência longitudinal para os usuários, inclusive os que estão em situação de rua, a incorporarem conhecimentos ou desenvolverem capacidades para lidar com as situações (Brasil, 2004).

A principal função de muitos desses grupos de matriciamento situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes, alguns de seus objetivos (Brasil, 2004).

Outra ferramenta importante do matriciamento é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), esse é um instrumento de organização do cuidado em saúde, que permeia a relação equipe e usuário, fazendo-se possível devido ao conhecimento prévio da singularidade do sujeito e complexidade do mesmo. Todas as etapas dessa ferramenta são compartilhadas, o que, consequentemente, traz melhores resultados no tratamento e proposta do cuidado.

Há também o Genograma, que tem como principal função organizar os dados referentes à família, e o Ecomapa, instrumento de avaliação familiar útil no mapeamento de redes, apoio social e ligações da família com a comunidade. Genograma e Ecomapa costumam ser utilizados

em associação tanto para fins diagnósticos quanto em planejamento de ações em saúde (Brasil, 2014).

Outra importante ferramenta do matriciamento é o atendimento domiciliar que norteia os cuidados da APS, e se faz de grande relevância principalmente nos casos em que uma avaliação criteriosa do território de vida do usuário se faz necessária, uma vez que o domicílio é um local de intimidade e um ambiente que pode favorecer um diagnóstico situacional de saúde. Os atendimentos domiciliares compartilhados podem servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes (Brasil, 2014). Em se tratando da PSR, a rua é território de moradia e de vida e na ausência de um domicílio fixo e/ou convencional, é ali que o trabalho será construído.

Sabe-se que a interconsulta é considerada a principal ferramenta de matriciamento na APS. Caracteriza-se pelo encontro de diferentes profissionais com saberes diferentes em busca da resolução de um problema ou agravo de saúde. Existem várias maneiras de realizar as interconsultas, desde a discussão de caso por parte ou de toda a equipe até a realização de consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas (Brasil, 2011).

Contudo, o atendimento a PSR na APS ainda enfrenta diversas barreiras, tais como a ausência de comprovante de residência, documentos pessoais, pela maneira como está vestido, ser itinerante outros preconceitos e rótulos. A lógica perversa da exclusão e violência é tocada pelas ações das eCnaR. Assim, elas surgem para reafirmar o compromisso do SUS, como política pública, de direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Deseja-se que as Unidades Básicas de Saúde também atendam a PSR do seu território e consigam se contagiar com as formas de intervenção das eCnaR, no horizonte, de que, em algum momento, elas não sejam mais necessárias (Sampaio, 2014).

## 2.4 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS

As práticas educativas em saúde têm tido presença marcante na atuação dos profissionais da atenção primária à saúde (APS), isso é notório e tem sido referenciado por diversos autores no Brasil e no mundo. Em se pensando nas atividades junto à população em situação de rua, são ótimos os resultados do trabalho usando-se a educação popular em saúde (EPS) como estratégia de cuidado, abordagem, empoderamento e etc.

Revisando a trajetória histórica da humanidade, pode-se reconhecer que o saber contido

nas diferentes áreas do conhecimento, antes de ser parte da academia, seguiu caminhos e se firmou como conhecimento popular (Budó; Saupe, 2004).

A prática da educação popular em saúde vem ao encontro da valorização do saber da PSR, onde esse é convocado a contribuir ativamente nas discussões com seus conhecimentos e experiências prévias. Tendo em vista a devolução do seu lugar de protagonismo no processo integrativo e democrático do conhecimento. Dessa forma, entre os diversos saberes, não existe um mais importante do que outro, pois são apenas saberes diferentes que se complementam e a experiência vale tanto quanto a teoria (David; Acioli, 2010).

Há a necessidade da PSR em se enxergar como parte de um todo, ativa na busca pelo seu empoderamento e isso traz uma implicância quanto ao seu papel perante o processo saúde-doença e diante da sua própria vida; uma corresponsabilização perante os processos diários da sobrevivência, ela não é só um mero fantoche, é peça fundamental na engrenagem dessa “máquina” que precisa funcionar, não de forma mecânica, mas natural e espontânea. O acesso livre e igualitário à saúde, lazer, alimentação, cultura, educação, trabalho assim como a outras garantias à dignidade da pessoa humana é um direito que deve ser garantido pelo Estado e informado por qualquer pessoa que tenha tal conhecimento a todo cidadão.

Por meio da interação, do respeito e da confiança, o autoritarismo vai dando espaço para encontros que estimulam o pensamento crítico e ação, de modo que o acolhimento e compromisso com a superação do sofrimento reafirmam o fundamento político que consolidados os processos inovadores do SUS (Alves, 2017).

Trazida por fundamentos metodológicos como amorosidade, problematização, construção compartilhada do saber, emancipação e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular, surge a Política Nacional de Educação Popular em Saúde em 2013, instituída por portaria ministerial, tendo como idealizador o educador e filósofo brasileiro Paulo Freire, essa perpassa ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como alicerce o diálogo e a inclusão dos diversos saberes como norteador de projetos terapêuticos bem sucedidos.

A Educação Popular em Saúde (EPS) enquanto movimento de um cuidado peculiar de cada pessoa levando-se em consideração o que cada um sabe desse processo e como política pública é benéfica para esse estudo por apostar em práticas que propiciam não somente alcançar metas, mas também sua manutenção diária. Cito uma história minha, de quando criança vivia em uma cidade pequena da Região Serrano do Estado do Rio de Janeiro. Nessa localidade tive muito contato com a natureza e com os bichos também. Eu pude conhecer o processo de metamorfose das borboletas, antes lagartas temidas e depois borboletas adoráveis. Até que, quis

ajudá-la nesse processo, a tirando do casulo, e após isso, vendo sair uma borboleta defeituosa, com pernas e asas quebradas.

Aprendi que os processos ensinam e que cada um precisa passar pelo seu. Meu saber de agilizar o processo da borboleta a deixou aleijada, impossibilitando que essa sobrevivesse. Há um saber do outro, da natureza, dos lugares, que os tornam protagonistas da sua própria história de vida.

E é esse saber que faz com que o outro seja tocado, reflita com relação ao seu processo de saúde-doença e queira o que é bom para ele naquele momento. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão do mundo (Cervera, Parreira, Goulart, 2013).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória. Dentre as estratégias metodológicas da pesquisa social, optou-se em usar a pesquisa-ação, possibilitando dessa maneira, a imersão em um cenário, e propor a solução de um problema coletivo específico, e neste sentido, as dificuldades de acesso da população em situação de rua às unidades de saúde sem referência de eCnaR. Tal método de pesquisa, considera-se particularmente fundamental para nosso objeto de estudo.

A função política da pesquisa-ação é um tipo de pesquisa com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 1986). Portanto, uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, visto partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva (Baldissera, 2001).

Paralelo a isso, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2001), responde a questões muito particulares, se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O maior foco do presente estudo, esteve em obter as informações significativas para elaborar o projeto de intervenção que propõe-se a realizar. Para tanto, a participação ativa do pesquisador atendeu alguns requisitos, em todas as fases do estudo, como: o processo de implantação, as observações de campo e por fim a coleta desses resultados.

#### 3.1 FASES DA PESQUISA

##### 3.1.1 Fase exploratória

A fase exploratória foi direcionada à observação do trabalho realizado pela equipe de consultório na rua da Penha; além de conversas com profissionais da SF Felipe Cardoso da CAP 3.1. Objetivou-se, dessa maneira, conhecer melhor o trabalho desenvolvido, sensibilizando e explicando as propostas do projeto de intervenção a ser desenvolvido. No entanto, observou-se melhor aceitação da proposta do trabalho por parte das Agentes

Comunitárias de Saúde e da equipe Consultório na Rua. Essa fase consistiu no diagnóstico situacional na metodologia de trabalho, onde se obteve as informações para elaboração dessa pesquisa-ação com o tema proposto do Apoio Matricial à equipes de saúde da família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde. O grande pressuposto do estudo foi a percepção sobre a dificuldade de algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Clínicas da Família em promoverem o acesso e o cuidado longitudinal da PSR em clínicas da família (CF) que não tivessem uma equipe de Consultório na Rua.

- **Diário de campo** – Foram registradas pelo pesquisador as questões relacionadas à prática cotidiana e impressões observadas no território de atuação e vivência das pessoas elegíveis para o estudo. Houveram momentos que somente foram trazidos à baila por meio da promoção de reflexão e observações que pareciam não se encontravam inseridos naquele contexto.
- **Visita ao Território de Adscrição da CFFC/Rua** - a eSF Felipe Cardoso e o CnaR da Penha realizaram mapeamento prévio, buscando identificar os locais onde há maior concentração de pessoas em situação de rua, conhecer esses lugares e acompanhar a atuação dos profissionais in loco fez-se necessário para alicerçar melhor o entendimento sobre o processo de trabalho realizado.

### 3.1.2 Fase de planejamento

Esta fase destinou-se à elaboração de estratégias de apoio matricial a partir do diagnóstico situacional realizado na fase anterior, sendo deste modo, realizado a organização da sistematização da oficina com definição de sua metodologia e roteiro da oficina (vide Apêndice 1).

Na CAP 3.1, possui 33 unidades básicas de saúde, com um total de 218 equipes de saúde da família, 12 NASF e 2 equipes de Consultórios na Rua situadas na Clínica da Família Victor Valla em Manguinhos e Clínica da Família Felipe Cardoso. Por ser a unidade escolhida para o desenvolvimento da intervenção em saúde, foi realizado o levantamento de quais ações de apoio matricial eram realizadas pela equipe de CnaR da Penha com as equipes de saúde da família da CAP 3.1.

O CnaR da Penha atua desenvolvendo ações compartilhadas e integradas a toda a eSF instaladas nas localidades de Olaria, Complexo do Alemão, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Jardim América e Vigário Geral, além das passarelas 14 e 23 da Avenida Brasil, realizando visita institucional, compartilhamento dos casos, construção de

projeto terapêutico singular, oficinas fornecendo suportes para as unidades de saúde, justiça itinerante promovendo o acesso aos serviços públicos com os CAPS, CAPSad, CRAS, CRAF, CREAS, DETRAN, Arena Dicro, e outros tendo como compromisso contribuir com o fortalecimento da rede local e melhora do seu desempenho.

### **3.1.3 Fases de Ação e implementação**

Com base na etapa exploratória, seguiu-se a fase de ação e a implementação dos possíveis modelos para solucionar eventuais problemas levantados na fase exploratória. Essa fase teve como objetivo a definição de objetivos alcançados por meio de ações concretas, apresentação de propostas a que foram negociadas entre as partes interessadas e implementação de ações-piloto, que, após avaliação, poderiam ser assumidas pelos atores, sem a atuação dos pesquisadores (Thiollent, 1997).

Propõe-se nesta fase a realização de um de uma Oficina de Sensibilização utilizando ferramentas da EPS objetivando sensibilizar os profissionais das equipes CF Felipe Cardoso quanto a temática de dificuldade de acesso da PSR nas eSF do território e de estratégias de apoio matricial da equipe de Consultório na Rua às eSF, a ideia é que após esse evento, as equipes estariam multiplicando os conhecimentos e impressões trocadas, em suas unidades básicas de saúde.

A Oficina de Sensibilização teve como público-alvo: trabalhadores da equipe de Saúde da família da Clínica da Família Felipe Cardoso e da equipe de Consultório na Rua da Penha. Esta oficina teve os seguintes objetivos:

1. Promover a reflexão junto aos profissionais que atuam nas equipes da saúde da família da CAP 3.1 que possuem eCnaR para o acolhimento e acesso para o cuidado integral e continuado às pessoas em situação de rua e promover a integração da equipe de Consultório na Rua com as equipes de saúde da família.
2. Realizar o mapeamento das atividades realizadas, desafios e potencialidades no cuidado integral à PSR tanto das equipes de Saúde da família quanto do CnaR.
3. Identificar as ações desenvolvidas entre a equipe do CnaR e as equipes de Saúde da família da CAP 3.1.
4. Identificar e debater sobre as estratégias de apoio matricial da equipe de CnaR às equipes de Saúde da família da AP 3.1.

### 3.1.4 Fase de avaliação

Essa etapa trouxe o ajuste para realização de intervenções futuras, envolvendo outros atores e temáticas diversas do mundo das pesquisas. Neste momento também aconteceu uma devolutiva minha, como pesquisador que adentrou um espaço a ser explorado, ainda desconhecido e enigmático, colheu o que de melhor pôde fazer pela pesquisa-ação, porém adubou o solo para que a intervenção permaneça plantada e suas sementes produzam frutos para os trabalhadores e para a sociedade, tanto para a comunidade da localidade quanto para as pessoas em situação de rua que se encontram pelas ruas do bairro.

A seguir demonstra-se a sistematização das fases do estudo, técnicas utilizadas e período de execução de cada uma dessas partes (Quadro 1)

**Quadro 1** – Fases da Pesquisa, técnicas utilizadas e período de execução

<b>FASE DO ESTUDO</b>	<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b>
<b>FASE EXPLORATÓRIA</b>	Identificar as causas e priorizar as causas críticas do problema, os principais desafios do cuidado integral da PSR pelas equipes de saúde da família (eSF) e do apoio matricial do CnaR à eSF;  Reunião com profissionais da eSF Felipe Cardoso CAP 3.1 e do CnaR da Penha com interesse em participar da pesquisa;  Observação do processo de trabalho da eCnaR da Penha para identificar desafios e potenciais no apoio matricial as eSF Felipe Cardoso da CAP 3.1 (1semana); Revisão de literatura sobre o tema;  Análise de materiais e documentos técnicos das equipes de SF e CnaR.	Agosto de 2023
<b>FASE DE PLANEJAMENTO</b>	Análise da observação participante e da reunião com os profissionais;  Organização da metodologia da oficina de sensibilização;	Agosto de 2023
<b>FASE DE AÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO</b>	Realização da oficina de sensibilização utilizando ferramentas da Educação Popular em Saúde com os atores mapeados.	Setembro de 2023
<b>FASE DE AVALIAÇÃO</b>	Análise e sistematização do material obtido na oficina; e  Análise da avaliação da oficina pelos participantes. Devolutiva da oficina aos participantes.	Setembro / outubro 2023

Fonte: Elaboração própria, 2023.

### 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo eleito foi a Clínica da Família Felipe Cardoso (CFFC) da área programática 3.1. Fundada no dia 10 de dezembro de 2010. A Clínica beneficia 52 mil pessoas, proporcionando 100% de cobertura de saúde da família ao complexo de comunidades da Penha (Otics, 2022).

Figura 1: Clínica da Família Felipe Cardoso (CFFC)



Fonte: Arquivo Pessoal (2023).

Sobre o Índice de Desenvolvimento da localidade (Penha), ela ocupa a classificação nº 78 do total de 126 bairros da cidade do Rio de Janeiro, com um IDH de 0,805 considerado elevado (RIO, 2000).

Um mês antes de ser contemplada pelas instalações da sua clínica da família de referência, a comunidade da Penha foi pacificada por intervenção de órgãos da segurança pública que retiraram o local das mãos da facção criminosa Comando Vermelho.

O objetivo, segundo os governantes, era “invadir” a localidade de serviços públicos de qualidade que agregassem mais dignidade para as pessoas (Rio de Janeiro, 2022).

A Unidade de Saúde é composta por 14 (quatorze) equipes de saúde da família: equipes Angra dos Reis, Ary Barroso, Caracol, Coqueiro, Girassol, Grotão, Ipojuca, Parque Shangai (essa equipe já realizava um trabalho com as pessoas em situação de rua antes mesmo da implantação do consultório na rua da unidade), São José, São Lucas, Souza Neto, Três Reis e Vila Cruzeiro.

Figura 2: Área de abrangência da CFFC (2023)



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

A escolha desta unidade para cenário do presente estudo se deu por esse serviço ter sido contemplado recentemente com uma equipe de consultório na rua, porém, por iniciativa dos profissionais, em especial os integrantes da equipe Parque Shangai, esse trabalho de abordagem, acolhimento, escuta qualificada e atendimento integral e diferenciado já era realizado (Fiocruz, 2022).

O consultório na rua da Penha, foi implantado há aproximadamente 1 ano, tem base localizada na eSF Felipe Cardoso e cobrem os territórios de Olaria, Complexo do Alemão, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Jardim América e Vigário Geral, além das passarelas 14 e 23 da Avenida Brasil.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os 7 Agentes Comunitários de saúde, sendo 5 da CFFC e 2 da CFIM, 2 agentes sociais, 1 do CnaR Penha e 1 do CnaR do Jacarezinho, 1 técnica de enfermagem e 1 psicóloga, ambas da eCnaR Penha.

Como citado acima, participaram da pesquisa, especificamente da oficina de sensibilização utilizada como ferramenta para a realização de um grupo focal, parte integrante da pesquisa-ação; não apenas os profissionais da Clínica da Família Felipe Cardoso, mas também profissionais da Clínica da Família Ivanir de Mello e do Consultório na Rua do Jacarezinho.

A Clínica da Família Ivanir de Mello e o Consultório na Rua do Jacarezinho também se localizam na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro.

A escolha sobre os participantes do estudo se justifica através do objetivo geral da pesquisa, que foi o de propor estratégias de apoio matricial da equipe de Consultório na Rua às Equipes de Saúde da Família no cuidado às pessoas em situação de rua, em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. Assim, realizar esta pesquisa, incluindo também profissionais de outro território além dos da Clínica da Família Felipe Cardoso, possibilitou olhares densamente diferentes, efetivando o cumprimento dos objetivos específicos, que são reiterados aqui: 1- Descrever como os profissionais de equipes de Saúde da Família promovem o cuidado às pessoas em situação de rua. 2- Identificar como a equipe de Consultório na Rua promove cuidado às pessoas em situação de rua. 3- Promover o compartilhamento de experiências, em rodas de conversas, entre a equipe de Consultório na Rua e as equipes de Saúde da Família.

Para a eleição desses atores, foi realizada no primeiro momento uma primeira aproximação direta, escolhidos por conveniência, em seus locais de trabalho, e em horário de funcionamento da unidade de saúde. Ressalta-se que para preservar a identidade dos participantes do estudo, estes foram identificados apenas por suas respectivas profissões.

### 3.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados: a observação participante, onde o pesquisador acompanhou as atividades diárias dos profissionais da unidade do estudo, o que auxiliou na compreensão da realidade do trabalho local e sobre os sujeitos pesquisados (Minayo, 1996).

Para essa etapa, foram realizadas anotações em um Diário de Campo para registro dos dados coletados. Como segunda técnica, utilizou-se uma oficina para promover a importância da discussão dos acessos da população em situação de rua e toda conexão derivadas desse acesso ou não acesso de 11 profissionais que aceitaram participar do estudo; foram identificadas as dificuldades encontradas no acesso da população em situação de rua nas unidades de saúde da família sem equipe de consultório na rua de referência, a fim de desmistificar preconceitos e oferecer apoio nesse cuidado.

Os locais para realização do encontro com os participantes desse estudo se deu em um auditório objetivando preservar a privacidade desses atores e controlar o acesso e movimentação de outras pessoas (profissionais de saúde e pacientes). Houve por parte dos

profissionais, afinidade com a temática do estudo, e após terem conhecimento da proposta, 11 profissionais foram convidados para participar da oficina, não havendo recusa.

A proposta inicial era realizar o trabalho com 30 profissionais. Porém, a escolha por um número menor de participantes, possibilitou uma discussão mais ampla, com riqueza de narrativas e troca de conhecimentos, o que implicou na qualidade nos resultados almejados.

Os locais para realização do encontro com os participantes desse estudo se deu em um auditório objetivando preservar a privacidade desses atores e controlar o acesso e movimentação de outras pessoas (profissionais de saúde e pacientes).

### 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados procedeu através da organização sistemática, mediante a transcrição na íntegra dos materiais em arquivo do Word que foram audiografados e gravados anteriormente. Foi contratado um profissional com ampla experiência em filmagem e fotos para realizar um trabalho com boa técnica somada a qualidade de som, imagens e outras qualidades para que o pesquisador pudesse apreciar o material e retirar a essência dele para registrar na sua pesquisa. Foi feito um roteiro com cada etapa da oficina, assim como o planejamento de cada atividade a ser realizada, assim como horário para início e término e de todos os insumos que deveriam ter no dia da filmagem. Todo o material produzido foi excessivamente apreciado, e transcrito de forma detalhada e fiel a fala dita por seus autores.

A exploração do material evidenciou núcleos de significado que deram sentidos à interpretação dos resultados. Com base nisso, foi possível elencar as seguintes categorias organizadoras dos dados que foi gravada e transcrita integralmente no software Word para posterior processamento por análise de elaboração da discussão.

## 4 COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados: a observação participante, onde o pesquisador acompanhou as atividades diárias dos profissionais da unidade do estudo, o que auxiliou na compreensão da realidade do trabalho local e sobre os sujeitos pesquisados (Minayo, 1996).

Para essa etapa da pesquisa, foi feito uso do Diário de Campo, para registro dos dados. Como segunda técnica, utilizou-se uma oficina de sensibilização com 11 profissionais que aceitaram participar do estudo e os pesquisadores dessa pesquisa, com o intuito de ouvir os profissionais, identificaram-se as dificuldades encontradas no acesso da população em situação de rua nas unidades de saúde da família sem equipe de consultório na rua de referência, desmistificando preconceitos e oferecendo apoio nesse cuidado.

Houve por parte dos profissionais, afinidade com o tema escolhido, e após terem conhecimento da proposta do estudo, 11 profissionais foram convidados para participar da oficina, não havendo recusa. Tinha-se em mente, até 30 profissionais como máximo de pessoas para participar do evento. Porém, acredita-se que esse número menor de atores diante do espaço físico possibilitou uma discussão ampla do assunto, com riqueza de narrativas e troca de conhecimentos, o que implicou a qualidade nos resultados almejados.

Os dados coletados para o estudo foram dados primários; não foram, portanto, coletadas informações de prontuários ou outros documentos oficiais. Consta no Apêndice 1 o roteiro da oficina de sensibilização, utilizando as ferramentas da Educação Popular em Saúde (Brasil, 2007). A Educação Popular em Saúde, foi incluída por seu potencial em ser uma prática desenvolvida no âmbito do SUS, que proporciona o diálogo e a articulação entre todos os níveis de gestão. Por último, é importante destacar que não houve identificação de informações sigilosas relativas a profissionais e/ou pacientes, em todo o decorrer da pesquisa.

Os locais da observação participante foram a sala dos agentes de saúde, o consultório da eCnaR, a rua com quem?. A oficina foi realizada no auditório da CF Felipe Cardoso, unidade eleita para cenário da oficina onde foi possível controlar o acesso e movimentação de outras pessoas (profissionais de saúde e pacientes) de modo que garantiu a privacidade no momento da realização desta etapa da pesquisa.

Como já dito, a abordagem metodológica da presente pesquisa foi a pesquisa-ação, que é uma abordagem de pesquisa qualitativa. A escolha deste caminho metodológico relaciona-se com o fato de este permitir ao pesquisador o envolvimento e participação direta com o grupo observado. Um dos focos sobre a utilização da pesquisa-ação foi obter informações

significativas para subsidiar a elaboração de um futuro projeto de intervenção, onde a ativa participação dos sujeitos da pesquisa possa ser validada (Thiollent, 1997).

Desta maneira, este estudo configurou-se como um Projeto de Intervenção (PI), uma vez que buscou também promover a melhoria do acesso e do cuidado em saúde à PSR da localidade da Penha, assim como a outras pessoas em situação de rua que transitam pelas adjacências do bairro e as eSF/UBS da CAP 3.1 que não têm equipe de CnaR.

## **5 PRODUTO ESPERADO**

A expectativa desta pesquisa estava na esperança de que ao final das atividades desenvolvidas ocorresse a inserção e o fortalecimento de estratégias de apoio matricial da equipe do CnaR junto às eSF/UBS, na direção do cuidado integral às pessoas em situação de rua.

Esperava-se também um mapeamento do território da CAP 3.1, localizando as eSF/UBS em relação às suas dificuldades de promoção do acesso e absorção das demandas da PSR, assim como o cuidado integral e continuado. A ideia que motivou esta pesquisa estava nos profissionais que não atuavam no Consultório na Rua, estava no desejo de que eles se sensibilizaram com a temática da população em situação de rua e se sentissem mais qualificados, livres de preconceitos e estigmas; aceitando participar desse movimento de cuidado desta população.

Acredita-se que foi possível efetivar esta sensibilização e, além disto, na construção coletiva vivenciada na Oficina de Sensibilização, obteve-se como produto a produção de um vídeo de, aproximadamente, 01h30min sobre o cuidado da PSR no âmbito da APS e o apoio matricial da eCnaR com as eSF. Este documento produziu falas importantes dos profissionais das eCnaR da Penha e Jacarezinho, agentes de saúde das eSF Felipe Cardoso e eSF Ivanir de Mello, além dos pesquisadores dessa pesquisa. Fica como um produto da pesquisa. Produto que poderá ser utilizado no SUS, fazendo de sua finalidade um instrumento de transformação e mudanças.

## 6 ANÁLISE DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados: a observação participante, onde o pesquisador acompanhou as atividades diárias dos profissionais da unidade do estudo, o que auxiliou na compreensão da realidade do trabalho local e sobre os sujeitos pesquisados (Minayo, 1996). Para essa etapa da pesquisa, fez-se uso do Diário de Campo, para registro dos dados, conforme informado anteriormente.

Como segunda técnica, utilizou-se a Oficina de Sensibilização com 11 profissionais que aceitaram participar do estudo e os pesquisadores dessa pesquisa, com o intuito de ouvir os profissionais, identificar as dificuldades encontradas no acesso da população em situação de rua nas unidades de saúde da família sem equipe de consultório na rua de referência, desmistificar preconceitos e oferecer apoio nesse cuidado. A análise de dados foi realizada com a utilização da Hermenêutica, “[...] a hermenêutica reconfigura a interdependência linguística, que reconhece a voz do outro e implica reconstrução aberta à interpretação contextualizada, privilegiando os discursos dos sujeitos, de onde brotam novos sentidos expressivos” (Sidi; Conte, 2017, p. 1.943).

Na hermenêutica, segundo Gadamer (2005) núcleos de sentido são identificados a partir do sentido que fazem para nós mesmos, onde: “nossas reflexões sempre nos levaram a admitir que, na compreensão, sempre ocorre algo como uma aplicação do texto a ser compreendido à situação atual do intérprete” (Gadamer, 2005, p. 407).

Portanto, a partir da coleta de dados foram identificados núcleos de sentidos que configuraram a compreensão sobre o pesquisado, exposto abaixo, a partir do capítulo 9.

## 7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

### 7.1 RISCOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DA PESQUISA

Toda pesquisa com seres humanos apresenta risco, este pode se expressar na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural, podendo ocorrer em qualquer momento do estudo e até mesmo depois dele encerrado. Assim, a responsabilidade do autor deste estudo foi desenvolver sua pesquisa buscando alcançar todos os resultados e expectativas inerentes a sua investigação, porém, também foi de sua atribuição, prover medidas para redução de riscos, assistência imediata aos participantes assim como facilitar acesso a informações e direitos de buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais das pessoas envolvidas no seu estudo.

O estudo foi submetido ao da CEP da ENSP/Fiocruz e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, via Plataforma Brasil, respeitando as resoluções que tratam de pesquisas com seres humanos (Resolução 466/2012 e a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e a Norma Operacional 1001/2013). Protocolos: Fundação Oswaldo Cruz parecer nº 6.176.992 e Secretaria Municipal de Saúde parecer nº 6.216.888.

Os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa e serão mantidos em arquivo físico sob a guarda do pesquisador por um período de 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, garantindo a guarda do material a confidencialidade e sigilo dos dados.

Objetivando resguardar o sigilo e o anonimato dos participantes, estes foram identificados no estudo apenas por respectivas profissões.

Destaca-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos, relacionados a exposição dos participante e aos dados coletados, ocasionando a perda da confidencialidade que pudessem resultar em constrangimento, invasão de privacidade ou mudança de rotina de trabalho, assim lhes foram assegurado a privacidade, a confiabilidade da informação, limitando o acesso aos dados e a codificação dos registros de pesquisa, assim como evitar informações que os identificassem.

Todos os participantes envolvidos no estudo, após explicações sobre os objetivos da pesquisa, foram solicitados a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO) 1, sendo-lhe explicados que os mesmos após convite poderiam se negar a participar do trabalho.

Esse estudo possivelmente trará benefícios para os participantes, estes benefícios poderão ser por ao colaborar com o estudo o participantes estarão contribuindo para melhoria

do acesso das pessoas em situação de rua nas unidades de saúde da família sem equipes de consultório na rua de referência, e de forma mais ampla, fortalecendo os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Outro benefício é contribuir com a produção científica que trata de mais uma temática sobre a população em situação de rua, trazendo mais visibilidade para este grupo social fomentando a elaboração de mais políticas públicas inclusivas na realidade em que vivem.

Os resultados do estudo serão divulgados aos participantes por meio de uma dissertação e de artigos científicos em meios digitais, assim como em encontros presenciais para divulgação do produto final.

Se faz necessário a ampliação do olhar e da formulação de políticas públicas mais inclusivas que contemplem a todos e de forma equânime aqueles que mais precisam ter esse direito assegurado, e a população em situação de rua precisa ser vista na sua especificidade e singularidade. Dar a esse grupo populacional a visibilidade que o torne sujeito de direitos e deveres é urgente e necessário.

## 8 RESULTADOS

Quadro 2 – Perfil dos participantes do estudo

CATEGORIA	IDADE	COR	SEXO	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO	EQUIPE
Agente comunitário de saúde 1	44 ANOS	BRANCA	FEM	NÍVEL MÉDIO	1 ANO	CFFC – TRÊS REIS
Agente comunitário de saúde 2	44 ANOS	PARDA	FEM	NÍVEL MÉDIO	23 ANOS	CFFC – ARY BARROSO
Agente comunitário de saúde 3	44 ANOS	PARDA	FEM	NÍVEL MÉDIO	1 ANO	CFFC – SOUZA NETO
Agente comunitário de saúde 4	44 ANOS	BRANCA	FEM	NÍVEL MÉDIO	7 ANOS	CFIM – JOSE MOTTA
Agente comunitário de saúde 5	51 ANOS	PRETA	FEM	NÍVEL MÉDIO	7 ANOS	CFIM - TOSCANA
Agente comunitário de saúde 6	45 ANOS	BRANCO	MAS	NÍVEL MEDIO	10 ANOS	CFFC - CARACOL
Agente comunitário de saúde 7	70 ANOS	PRETA	FEM	NÍVEL MÉDIO	23 ANOS	CFFC - IPOJUCA
Agente social 1	43 ANOS	PRETA	FEM	SUPERIOR COMPLETO	1 ANO	CFFC - CNAR
Agente social 2	60 ANOS	BRANCA	FEM	NÍVEL MÉDIO	23 ANOS	CFADS - CNAR
Técnica de enfermagem	20 ANOS	BRANCA	FEM	NÍVEL MÉDIO	1 ANO	CFFC - CNAR
Psicóloga	28 ANOS	BRANCA	FEM	SUPERIOR COMPLETO	1 ANO	CFFC - CNAR

Fonte: Elaboração própria.

### Caracterização do perfil dos participantes do estudo

Este estudo foi composto por 11 profissionais que atuam em três áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro, que foram, a área 3.1 com a participação de 5 agentes comunitário de saúde da eSF Felipe Cardoso das equipes Ary Barroso, Caracol, Ipojuca, Souza Neto e Três Reis, na mesma unidade ainda tem uma equipe de CnaR e 3 profissionais se somaram aos participantes da pesquisa, que foram, 1 psicóloga, 1 técnica da enfermagem e 1 agente social. Outra região contemplada foi a 3.2, representada por 1 agente social da equipe de CnaR de Jacarezinho e 3.3, com 2 agentes comunitário de saúde da eSF Ivanir de Mello pertencentes às equipes Toscana e José da Mota. Todos os participantes têm mais de 1 ano na sua atuação profissional na atenção primária e aceitaram participar do estudo por afinidade e desejo de contribuir na melhoria do acesso da PSR às clínicas da família sem CnaR de referência.

#### 8.1 DESCRIÇÃO DA ENTRADA NO CAMPO

Aqui será realizado uma descrição da entrada no campo a partir da observação participante do pesquisador. Devido ao curto tempo, e avançar dos dias para conclusão do estudo, algumas alterações foram feitas para que o estudo pudesse enfim, sair do imaginário e ganhasse corpo materializando aquilo que foi proposto ao iniciar o mestrado profissional.

Avaliou-se que não daria para realizar o trabalho em dois campos, ou seja em Clínicas

da Família diferentes. A priori duas unidades básicas de saúde/Clínicas da Família se enquadram no espaço modelo para sediar a pesquisa, porém, só uma delas foi escolhida. Ambas são referências de cuidados para a população em situação de rua, porém devido a uma delas ser ter pouco tempo de criação, os profissionais serem desconhecidos por nós e, essa mesmo antes da implantação do consultório na rua já realizava um serviço em prol dos usuários em situação de rua, essa foi a eleita.

A Clínica da Família escolhida abrigava profissionais abertos ao encontro com o outro, o que nos deixou muito realizados e em “casa“. A receptividade da gerente que em meio a uma demanda e outra nos explicava sobre o perfil daquela unidade, assim como administrativo nos apresentou cada sala daquela unidade. Esse profissional conhecia cada uma das pessoas daquele ambiente por seus nomes. Há algo mais gostoso e magnífico do que ser chamado pelo nome?

Novamente, fomos levado até a gestora daquela unidade e esta nos apresenta uma das suas agentes comunitárias de saúde. A ACS nos leva para a sala ocupada por profissionais dessa categoria e logo nos vejo numa roda de conversas, onde todos perguntam, todos têm direito a respostas e assim, ficamos sabendo de como é o trabalho dentro e fora das unidades.

O bairro Penha ainda era um lugar pouco explorado por nós, e por isso após a conversa com os agentes de saúde, seguimos por ruas, becos, vielas... chegando à Igreja Nossa Senhora da Penha. O longo percurso degrau por degrau faz parte do caminhar de quem pretende alçar um voo maior em busca de inclusão social e acesso à saúde e à direitos e deveres.

Um dos momentos mais significativos para nós nessa busca por tijolinhos que possam construir esse nosso trabalho de pesquisa foi conhecer a equipe de Consultório na Rua da Penha. Numa manhã, adentramos a unidade em direção ao consultório de rua. Os profissionais estão concluindo uma reunião de início de dia, onde discutem e organizam as intervenções a serem feitas no dia.

Apresentamo-nos, somos convidados a entrar, comentamos sobre o projeto, respondemos algumas perguntas e saímos para os cenários de vida das pessoas com a equipe.

Já no território acompanhamos a atuação de uma equipe brilhante. Profissionais e usuários em situação de rua se conhecem por seus nomes. Projetos terapêuticos são traçados e planejados à luz do dia. As pessoas em situação de rua são convidados e de forma autônoma constroem com os profissionais os planos de cuidados em saúde. O processo de construção de vínculos, fundamental para a construção do cuidado integral e longitudinal, ocorre de modo gradativo a partir de muita insistência, paciência e presença constante das equipes nos locais de maior concentração das pessoas em situação de rua . Como nos recordamos da nossa primeira equipe de consultório na rua.

Como acertamos em ter escolhido essa equipe de consultório na rua para ser o palco desse evento que estamos elaborando. Precisa dizer quanto tempo você fez a observação participante, 1 dia? Você escreveu em diário de campo? Foi só essas anotações acima?

## 8.2 DESCRIÇÃO DA OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO

### 8.2.1 Oficina de sensibilização do cuidado à PSR

No dia 04 de setembro de 2023 aconteceu no auditório da Clínica da Família Felipe Cardoso por volta das 13:30 a nossa tão aguardada Oficina de Sensibilização para do cuidado à população em situação de rua utilizando as ferramentas da educação popular em saúde. Todos os profissionais desta unidade foram convidados para participar desse evento, porém, 11 profissionais de saúde participaram da oficina, conforme perfil no quadro a seguir.

Destes 11 participantes, 07 são agentes comunitário de saúde, sendo que 05 são da unidade sede da pesquisa e 02 de outros de unidades da cidade de Rio de Janeiro, 02 agentes sociais do consultório na rua, 01 delas do consultório na rua da Penha e a outra do consultório na rua de Jacarezinho, 01 técnica de enfermagem e 01 psicóloga, ambas da equipe do consultório na rua da Penha.

A oficina foi conduzida pelo pesquisador e com auxílio da sua orientadora do mestrado profissional. Num primeiro momento foi realizada uma dinâmica para acolhimento, sendo realizada a seguinte atividade: Previamente as cadeiras do auditório da unidade foram posicionadas em um grande círculo. A oficina com os profissionais iniciou-se com uma dinâmica de aquecimento, onde os participantes formavam um círculo, fechavam e eram orientados a fazer uma respiração com um tempo maior na expiração que na inspiração, momento esse onde os presentes eram convocados a se desligar de tudo o que pudesse tirar os pensamentos daquele encontro, logo depois foram convidados a falar o nome da pessoa que estava à sua direita, dizendo sua profissão e a qualidade daquela pessoa.

Um dos objetivos dessa dinâmica era estimular os participantes a capacidade de improviso, o que, instaurou no dia socialização mesmo quando o outros não tinha um colega tão próximo a sua direita e lhe dava a oportunidade de se apresentar perante o grupo. Algo potente desse evento foi a possibilidade que a roda nos dar de olhar nos olhos das outras pessoas.

Outro momento da oficina foi a divisão dos participantes em 02 grupos, onde seria escolhido um relator e um moderador para ser a representante na plenária. Cada pessoa após discussão das perguntas disparadoras, respondia em tarjetas de cores diferentes as perguntas

para construção do debate que seria aberto para todos os presentes. As perguntas e tarjetas norteadoras do evento foram: Quais as atividades são realizadas no cuidado a PSR? A tarjeta da azul. Quais os desafios do cuidado a PSR? Tarjeta Vermelha.

Quais potencialidades desenvolvidas no cuidado a PSR? Tarjeta verde. Quais atividades de apoio matricial são feitas entre a eSF e a eCnaR no cuidado a PSR? Tarjeta lilás. Houve a leitura de cada grupo das respostas das tarjetas e posteriormente coladas no papel pardo sistematizando em categorias e por cores que foram fixadas nas paredes do lugar. Algumas outras tarjetas foram acrescentadas após a leitura que foram aparecendo durante o debate.

### **8.2.2 Monólogo sobre a história de vida do autor**

Ao término das apresentações em plenária, fora apresentando uma apresentação teatral através do monólogo sobre um jovem que após sua graduação em enfermagem deixa sua cidade para se aventurar na cidade do Rio de Janeiro em busca de seu primeiro emprego como enfermeiro onde passa por dificuldades financeiras tendo que ficar em situação de rua, e viver essa difícil realidade por alguns meses, até participar do processo seletivo para implantação da primeira equipe de consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro conquistando uma vaga de emprego e se estabelecendo na profissão escolhida e no resgate da sua identidade de pessoa humana, afirmando essa identidade perante a sociedade e o Estado. Foi um relato autobiográfico, dramatizado. É preciso passar a olhar os moradores de rua como pessoas que vivem numa situação precária, mas que possuem muitas potencialidades, direitos, enfim, é preciso um olhar mais cidadão (Brasil, 2014).

A avaliação do encontro foi através da dinâmica: “que bom, que tal, que pena”; onde os participantes fomentaram um pouco do que aconteceu na oficina e trouxeram uma devolutiva da sua expectativa vivenciada nas quatro horas em que estiveram presentes. Diante das falas e feedback positivo acreditamos ter conduzido a oficina de maneira satisfatória, acreditando confiabilidade por parte dos profissionais, peças importantes na melhoria do acesso da população em situação de rua às unidades de saúde.

### **8.3 RESULTADOS DA OFICINA**

A análise dos discursos durante a oficina de sensibilização para melhoria do acesso da população em situação de rua possibilitou a identificação de quatro núcleos de sentido, ou categorias importantes relacionadas à temática pesquisada, que fazem parte de um cuidado

ampliado em saúde inerentes qualquer indivíduo, no entanto, em especial à mencionada como objeto desse estudo. São elas: Atividades do cuidado; Desafios; Potencialidades e Apoio matricial. Os quadros a seguir falam um pouco dessa discussão.

Quadro 3 – Atividades realizadas no cuidado

ATIVIDADES DO CUIDADO	Acolhimento para a formação do vínculo
	Atendimento clínico , psicossocial
	Atividades de lazer e cultura
	Trabalho compartilhado com outras instituições
	Apoio matricial
	Garantia de acesso aos serviços de saúde
	Acesso à educação
	Promoção prevenção e proteção da saúde
	Acesso à documentação
	Acesso à moradia

Fonte: Elaboração própria (2023).

Com a pergunta disparadora desse primeiro eixo que fomentava as atividades do cuidado para a população em situação de rua pode ser visto, de acordo com a percepção dos participantes, atividades inerentes à formação psicossocial de qualquer indivíduo, incluindo a população em situação de rua. Este resultado corrobora, assim, o pensamento de que aspectos da vida social em conjunto com a psicologia clínica que também deve ser estendida à população de rua, necessitam ser priorizadas. Estar em situação de rua não restringe os direitos das pessoas ao acesso ao bem estar, saúde, lazer ou qualquer outra oportunidade de cuidado ampliado.

Quadro 4 – Desafios do cuidado à PSR

DESAFIOS	Garantia de acesso aos serviços especializados;
	Ampliação do atendimento e busca de parceiros;
	Entender a necessidade de cada usuário;
	Integração CnaR e Esf;
	Lidar com a violência urbana;
	Continuidade do cuidado;
	Garantia de direito a saúde independente de ter uma casa;
	Localizá-los já que são itinerantes;
	O preconceito e o estigma contra a PSR;

Fonte: Elaboração própria.

Nesse eixo foram comentados os desafios encontrados para manutenção do atendimento

à população em situação de rua e visto que é preciso fortalecer a base dessa estratégia, ou seja, maior integração das equipes de CnaR com a eSF. Uma das participantes da pesquisa fomenta sobre “harmonização” das relações entre esses serviços como estratégia para abordagem e cuidado da população em situação de rua.

Estar ou ficar em concordância, em acordo, em paz se torna importante para que o atuar com a vulnerabilidade dessas pessoas tenha um desfecho favorável. Não há como se omitir de um cuidado que é de todos. "O tempo do cobertor e do papelão passou, o que nós queremos agora é Política Públicas” (Maria Lúcia - MNPR).

Quadro 5 – Potencialidades desenvolvidas no cuidado à PSR

POTENCIALIDADES	Garantia do cuidado em saúde;
	O trabalho in loco;
	Ser referência;
	Levar o atendimento a PSR;
	A equipe de CnaR;
	Empoderamento da PSR;
	Acesso a documentação;
	Conquista da identidade pessoal;
	Integração das PSR;
	Pertencimento da PSR;
	Criação de vínculos;
	Visibilidade;
	Equipe Multiprofissional;
	Não fale de nós, sem nós; (Maria Lúcia in memoria)

Fonte: Elaboração própria.

O eixo 03 é riquíssimo porque ostenta as potencialidades do cuidar de uma população invisibilizada. Neste, as frases escritas pelos participantes da oficina corroboram elencando degraus que objetivam a formação identitária, fazendo referência à identidade, ao conjunto de características que tornam cada ser humano único, diferenciando cada um, seja por suas qualidades e defeitos ou outros elementos.

Quando Maria Lúcia menciona a frase “Não fale de nós, sem nós”, diante do presidente da República nunca reunião com ministros, ela fomenta sobre uma vida às margens de tudo, invisibilidade e para falar sobre isso é preciso ter vivência disso. É importante destacar que as políticas públicas direcionadas à População em Situação de Rua devem ser intersetoriais para terem maior chance de sucesso (Brasil, 2014).

Quadro 6 – Atividades de apoio matricial feitas entre a eSF e a eCnaR no cuidado à PSR

APOIO MATRICIAL	Troca de informações e parcerias;
	Criação de vínculos com os usuários;
	Coordenação do cuidado;
	Compartilhar casos com a eSF;
	Fortalecimento da rede;
	Visita ao território CnaR e eSF;
	Cartografia rede informal;
	Continuidade do cuidado;
	Maior integração entre CnaR e eSF;

Fonte: Elaboração própria.

Sobre o eixo 4 que traz o apoio matricial como ferramenta para continuidade do cuidado, os profissionais presentes na oficina elencam questões importantes para a prática diária dos serviços com a população em situação de rua. Lidar com as demandas, angústias e outras questões referentes a essa população está longe de ser algo para especialistas no assunto. Qualquer pessoa, caso queira, pode lidar com esse público. Essa população tem peculiaridades inerentes à ela, porém qualquer profissional, tendo vínculo, uma história de vida, pode atuar, interferindo e contribuindo com o cuidado.

## 9 DISCUSSÃO

### 9.1 CnaR

Lembrando que dentre os trabalhadores pesquisados, ou seja dentre os 11 profissionais, sendo 7 agentes de saúde, 2 agentes sociais, 1 técnica de enfermagem e 1 psicóloga; todos participaram ativamente, além do pesquisador e de sua orientadora. Dos profissionais, quatro deles pertenciam ao CnaR, os demais, todos eram da eSF. Na observação e fala dos presentes, ainda é precisa se fomentar e divulgar o trabalho das CnaR como destaca um dos agentes comunitário de saúde:

*A gente como não trabalha com a população de rua o que a gente ver no trabalho de vocês, que é um pessoal muito dedicado, é a questão do curativo, tratamento de tuberculose, não é isso? O atendimento àquelas pessoas que infelizmente são usuários. A questão do trabalho do consultório na rua (Agente Comunitário de Saúde 3).*

Na fala da profissional o trabalho com a população em situação de rua ainda é visto como uma caridade e ainda existe o estigma de que as pessoas em situação de rua estão ali devido ao uso prejudicial de drogas:

*É porque infelizmente o consultório na rua ele é uma equipe tão quão distante da nossa realidade. É igual a equipe Ary Barroso [...] as coisas é muito separadas, como um consultório à parte [...].” (Agente Comunitário de Saúde 3).*

É fomentando sobre um desejo da profissional de conhecer mais o CnaR.

*[...] Francamente, eu não tenho aquele (gesticula com as mãos um gesto de proximidade), contato que a gente precisa ter. Quanto mais próximo melhor (Agente Comunitário de Saúde 7).*

A agente comunitária de saúde reforça que o estar juntos é a principal ferramenta para que o trabalho tenha maiores resultados:

*Até mesmo nas reuniões que reúne aqui com a gerência, o CnaR faz parte. É importante ter. Eles são agentes sociais, nós agentes de saúde, quase que a mesma coisa. É a mesma coisa. Só as vivências. [...] a gente vê, mas não vive. E não sabe. Eu tenho muito contato com a Ass 1. [...] o que não gosto é de ficar perdida. Porque também é um trabalho nosso, né? É um trabalho que também é do ACS. Não tem diferença. A gente vive no mesmo local [...] (Agente Comunitário de Saúde 3).*

Nesta fala, a mesma profissional citada anteriormente lamenta o distanciamento do CnaR com relação à ESF.

## 9.2 VÍNCULO

A principal estratégia de cuidados apontada pelos presentes é a criação de vínculos com a população em situação de rua, o que possibilita o cuidado e a continuidade do mesmo. O vínculo é irmão da gratuidade, sabe esperar o tempo do outro, perceber os pequenos passos que possibilitam, não é imediatista nem coisifica as pessoas para contabilizar êxito e respostas obtidas (Brasil, 2012).

*[...] A gente tem uma gestante com 30 e poucas semanas. E aí a médica conhece ela então assim, se vocês encontrarem ela pode trazer que a gente vai fazer o pré natal dela, sempre há uma conversa, topando, a gente leva” (Técnica De Enfermagem).*

A profissional traz a disponibilidade do profissional que deseja atuar junto a população em situação de rua:

*A gente tenta fazer o acompanhamento da forma como conseguir e eles aceitarem também (Técnica de Enfermagem).*

Na fala da profissional a autonomia do sujeito na colaboração do seu acompanhamento. A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes, alguns de seus objetivos (Brasil, 2014). A construção do vínculo trazida na fala da profissional:

*Mas isso acontece em toda a sociedade. E a exclusão é uma coisa que está na mente das pessoas. Não de todas. Mas está sempre ali na mente das pessoas. Porque aqui nós tínhamos pessoas que tinham as suas casas e eles passaram a viver em situação de rua. Então, eu tenho dois agora eles são residentes na rua, não sei aonde eles estão ficando agora, mas eles retornaram aqui porque sentiram confiança. Então eles vem na equipe, o médico que tem o vínculo. O médico atende eles. Eles tem um telefone que conseguem falar comigo, conseguem falar com a enfermeira, e eles estão sendo atendidos aqui. Mesmo sabendo que eles não são mais moradores. As famílias deles estão lá, mas não querem eles. Então por isso, a gente não vai virar as costas [...] isso é um meio de exclusão. Nós estamos aqui para acolher, não podemos fazer isso. Então tem dois, e eles vieram agora, estão vindo através do CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) se eles vão conseguir alguma coisa junto ao INSS para eles. E onde que eles retornaram? Aqui. E com eles, já trouxe mais dois. Cria uma referência. Então a gente está nessa troca. Então independente, não estou falando que o consultório na rua não faz o trabalho deles, fazem, mas antes como a Acs 2 falou, a gente já tinha esse vínculo. Não era um vínculo ativo, forte, grandão, mas fazia. Agora a equipe Shangaiera mais forte porque eles vivenciavam ali os moradores do BRT, da Caixa, né? Caixa Econômica, do Telerio, Casas Bahia, rua Pires. Porque às vezes você passa na rua Pires: Oi, tudo bem? Eu respondo tudo bem, mas não lembro mais. Mas eles lembram porque já vieram aqui (se referindo a CFFC), fizeram preventivo. A Maria fala, lembra aquele tempo que vocês colheram o meu preventivo? [...] é uma vivência, um vínculo muito importante” (Agente Comunitário De Saúde 7).*

A profissional comenta sobre duas pessoas que tinham endereço fixo, moravam em casas, residências tradicionais e que passaram a ficar nos logradouros públicos, que perderam

a referência domiciliar e familiar. De acordo com sua fala, não ver nessa situação um motivo para retirá-los dos cadastros ativos da sua área de adscrição, inclusive tem mantido a continuidade do cuidado com a intervenção do médico, da enfermeira e sua no processo de vigilância desses usuários. Aquele que foi parar na rua viveu um rompimento com as dinâmicas e os padrões estabelecidos pela sociedade, rompeu seus laços com a família, com o emprego, com os domicílios, com tudo aquilo que organiza a sociedade.

O viver na rua evidencia, desse modo, as diferenças e os abismos sociais em seu grau máximo: a rua é o local de destino daqueles que perderam seu lugar, seja dos bairros mais abastados, seja das periferias ou dos presídios (Macerata, 2010). A agente comunitária de saúde fomentando a motivação de exercer seu papel de agente de saúde, trabalhando a inclusão e oferecendo saúde a todas as pessoas. Mas para efetivar esse atributo, a construção do vínculo entre equipes e a clientela é condição absolutamente prioritária e um dos primeiros passos para o cuidado pela eCnaR (Louzada, 2015). Um vínculo interrompido e a descontinuidade de um cuidado terapêutico:

*Que é o vínculo? E a gente precisa ter muito cuidado com isso. Porque quando criar vínculo às vezes ele não cria com o médico, não cria com o enfermeiro, mas cria com o agente social. A gente tem que ter muito cuidado. Não é? Porque se a gente, se vazar uma vírgula desse vínculo, entendeu? Já era. Perdeu todo o trabalho. Então a gente precisa ter muito cuidado quando faz essa escuta e como a gente vai fazer esse cuidado. Né? (Agente Social 2).*

A população em situação de rua é sensível aos sentimentos apresentados pelas pessoas, por isso, criam vínculos com quem demonstra cuidado e afeto para com eles. Esse vínculo autoriza que os profissionais façam a continuidade do cuidado. Quando a PSR percebe o cuidado para consigo, é que você olha para a vida e não para a ferida, ela se deixa ver. A ferida ou doença é mais do que a dor de estar doente, é a dor de existir na situação que provoca essa dor e sobreviver assim. Nossa capacitação técnica tem que ser acompanhada da nossa capacidade de acolher sem tantos critérios para excluir! (Brasil, 2012). Mas para efetivar esse atributo, a construção do vínculo entre a equipe e a clientela é condição absolutamente prioritária e um dos primeiros passos para o cuidado pela eCnaR (Louzada, 2015).

### 9.3 ACOLHIMENTO

Saber recepcionar as pessoas, ser gentil e acolhedor, faz com que ela queira retornar sempre. Em se tratando da população objeto dessa pesquisa ela também deseja ser acolhida e ter suas demandas respondidas. Durante a discussão foram ouvidas e gravadas falas importantes

vivenciadas pelos profissionais participantes da oficina de sensibilização para melhoria do acesso à população em situação de rua nas clínicas da família, seguem esses depoimentos:

*Mas eles têm um processo de referência. Quando a gente passa de uniforme, mesmo que não seja da área, eles reconhecem a clínica como local de atendimento” (Agente Comunitário de Saúde 1).*

O agente comunitário de saúde fomentando a referência de cuidado a população em situação de rua lhe deu por trabalhar numa unidade de saúde que acompanha essas pessoas.

*É como se a gente tivesse tentando trazer eles de volta para a sociedade é a porta é através do consultório de rua para que venham e cheguem nas equipes”(Agente Comunitário De Saúde 5).*

A estratégia CnaR criada para facilitar o acesso da população em situação de rua ao SUS (sistema único de saúde). No entanto, há obstáculos que podem atrapalhar esse acolhimento:

*O preconceito já começa com o profissional. Aqui foi anunciado o atendimento com a população de rua. Eu até tirei dúvidas com a enfermeira que a gente iniciou não foi a equipe Shangai, foi a equipe Penha, foi em 2016, quando chegou à residência na equipe e os residentes tiveram esse olhar com a população em situação de rua, porque ele acha que não tem direito a ser atendido, entendeu? Não tem direito ao cuidado. Mas aí ele acha que não tem direito porque não tem uma casinha, nada disso. E aqui, a gente tinha um receio com relação a isso. Não sei se a palavra é bem receio. Mas a gente via que nem todos os funcionários tinham a mesma mentalidade tanto que, quando se fala em uma pessoa em situação de rua, hoje em dia é tudo CnaR, independente de onde ele seja. Viu que ele é população de rua, viu que ele chegou aqui sujo., [A fala da acs é interrompida pela pesquisadora da Fiocruz ao questioná-la sobre como se dá esse acesso nas unidades que não tem CnaR?] [...] Há um grande problema [...] Em 2016 a gente não tinha CnaR e a gente atendida [...] a população que a gente atendia era daqui. Só que tem moradores em situação de rua nas Quatro Bicas, tem dentro do São Lucas, tem na Vila Cruzeiro. Porque eles não podem ser atendidos? E aí a gente batia em choque entre as equipe” (Agente Comunitário de Saúde 2).*

A fala da profissional fomenta um atendimento anterior à chegada do CnaR Penha, adotado por uma equipe de residência que no reconhecimento do território notou grande quantidade de pessoas em situação de rua sem cuidados, porém entre os atendimentos na rua e os casos que precisavam chegar a unidade para melhor avaliação do quadro, as dificuldades de barreiras, tantos dos profissionais de saúde, e usuários cadastrados que não aceitavam compartilhar os mesmos espaços quanto da PSR que não se via como pessoa de direito ao cuidado em saúde. Com o receio de não prestar um bom acolhimento à população em situação de rua:

*E agora a quantidade de moradores de rua dentro das Vila Cruzeiro está muito grande por causa do crack, é uma coisa. Eles vem falar com a gente. A gente passa, vira referência por causa do nosso uniforme. Vira referência mesmo na questão da saúde. E quando a gente não sabe o que falar, o que informa, como eu disse e você mesmo falou [se referindo a fala da ass 1 sobre quebra de vínculos], às vezes a gente pode dar uma informação errada e aí de repente eu ao invés de puxar eu afastar. Porque eu não sei na verdade como é a dinâmica e aí é importante as pessoas que*

*trabalham aqui na unidade serem a mesma coisa. Um único pensamento, que é a estratégia da saúde para todos” (Agente Comunitário de Saúde 3).*

#### 9.4 DESAFIOS

A responsabilidade com relação a pessoa em situação de rua que chega a unidade, se não é minha é de quem? Nessa fala o fomento e desfecho dessa situação:

*Jogo de empurra, o cara foi embora (Agente Comunitário de Saúde 1).*

A profissional traz o jogo de empurra quando essa pessoas chega nas unidades de saúde e falta empatia por parte dos profissionais e esse deixa o local sem respostas das demandas levadas.

*É igual ao nosso caso. Eu trabalho em uma área. Eu trabalho com ele (ele que ela se refere é o autor da pesquisa). Então muitas coisas de pessoas em situação de rua a gente sabe porque ele ensinou. Na clínica que a gente trabalha , na área não temos consultório de rua. Nós aprendemos a lidar com eles através dele. E se não fosse ele, como a gente faria? Porque o maior desafio é o acesso mesmo. Porque quando entra um morador de rua pela clínica, gente (balança a cabeça, num gesto de negação), não vou mentir, é muita dificuldade. Aí o que o pessoal faz, a primeira coisa é jogar para a equipe que ele trabalha [...]” (Agente Comunitário de Saúde 5).*

Nesta fala, a acs traz sua angústia diante de um dos casos de negação do atendimento por parte dos profissionais. Na maioria das vezes, esses usuários em situação de rua são atendidos por profissionais sensíveis à temática, o que pode levar a uma sobrecarga nos atendimentos. Outra forma de violência presente e muito preocupante é a institucional, aquela cometida justamente pelos órgãos e agentes públicos que deveriam se esforçar para proteger e defender os cidadãos (Brasil, 2014). Lidando com a negação da população cadastrada na área de adscrição da unidade de saúde:

*Na época, a equipe Penha, a gente tinha a população em situação de rua e a gente tinha, vamos dizer, a classe alta que mora na Penha. E aí quando vinha aquela pessoa em situação de rua e tinha outra pessoa do lado numa situação um pouco melhor, ele pegava e ficava olhando, ficava desdenhando dessa pessoa. Por que essa pessoa está aqui? Ah, tem época que a gente fala, o mesmo direito de atendimento que você tem. Você tem a sua casa, ele também tem (se referindo à rua). Ele também precisa ter o cuidado dele. Direito e educação é para todos (Agente Comunitário de Saúde 2).*

A profissional citou a dificuldade de aceitação por parte da população em compartilhar o mesmo espaço com a população de rua tendo os mesmos direitos com relação à saúde e educação.

*Então, esse é o meu problema, que está acontecendo lá (se referindo ao local onde trabalha). Só que eu falo! Eu não guardo, eu falo, tanto é que eu falei não vai, está errado, ele vai ser atendido ali [...] mas devido demorarem, entendeu? Ficarem fazendo várias perguntas. O que aconteceu? [Ela abre os braços numa atitude de que*

*a pessoa em situação de rua foi embora sem o atendimento]” (Agente Comunitário 5).*

A população em situação de rua tem especificidades, e uma delas é o tempo. A dificuldade de esperar faz com que eles piorem outras coisas que não a saúde. O alimento, sair em busca de comida é uma prioridade para essa população.

## 9.5 APOIO MATRICIAL

No que se refere ao principal papel das equipes do CnaR com relação ao cuidado às pessoas em situação de rua é posto pelos profissionais. Dúvidas com relação ao acompanhamento de pacientes com tuberculose e de gestantes, bem como outros acompanhamentos de saúde da equipe de consultório na rua chegam a todo momento vindas dos participantes da pesquisa e são respondidas pela equipe de consultório na rua presentes:

*É que o consultório na rua vem mais ou menos com a função de matriciamento, né? Matriciar a população de rua com as equipes do território que abrange aquele local. Por exemplo, vou falar ali da praça São Lucas [...] o acs que pega aquele território seria o acs daquelas pessoas que ficam ali, aí a gente tenta fazer o matriciamento, mas sabe que eles não vão chegar aqui, com medo do preconceito de ser atendido (Técnica De Enfermagem).*

O CnaR é uma ferramenta/ estratégia de cuidado para a população em situação de rua ter acesso a cuidados de saúde. Não é uma equipe especializada, porém, tem peculiaridades:

*[...] Quando você fala que não sabe o que é o CnaR estratégia é a mesma coisa, só que nós vamos para a rua. A gente faz o acompanhamento de pré-natal na rua, quando necessário acessar a unidade de referência, a VD é na rua, não é diferente de vocês. Tuberculose, o acompanhamento é o mesmo, levar DOT'S, criar vínculo, esse cuidado com eles. O sigilo é o mesmo. Tudo a mesma coisa. Entendeu? Não é nada novo (Agente Social 2).*

## 9.6 ESTRATÉGIAS E SUGESTÕES

A oficina trouxe falas importantes dos profissionais, tanto do CnaR quanto da eSF. Mas o que mais ficou visível foi a busca de uma integração entre os serviços. O CnaR Penha tem feito um trabalho de excelência na área programática 3.1, mas precisa avançar na sua atuação dentro da CFFC, e torna-se referência de cuidados dentro da sua própria unidade. Há muito o que se construir e esse encontro trouxe boas propostas:

*Não sei se é possível. Eu estou falando assim, de uma opinião. Nós temos nossa reunião de equipe às quartas-feiras. Eu não sei se é viável que alguém do consultório fosse assim, e participasse, para poder a gente ficar mais próximo [...]. Reunião de equipe onde os casos são discutidos. Onde todas as coisas que acontecem no território*

*relativo a equipe tal, é discutido. Ali é terceirizado tudo, ali é onde surgem as coisas. A gente pode tentar. Não vou dizer que é uma ideia ruim, mas, a gente pode tentar, quem sabe não vai ser um supervisor (Agente Comunitário de Saúde 7).*

*[...] A ideia dela (da Acs 7 é ter profissionais do CnaR nas reuniões de equipe) é maravilhosa. Na quarta-feira ela já vai chegar ali e já vai falar, ela também (se referindo à Acs 3), aqui tem e a gente ao mesmo tempo é perto, mas também é distante. Porque, como eu falei, infelizmente bate mesmo. Bate na porta, bate no preconceito, tanto é que às vezes o pessoal fica assim, oh a Acs 5 é maluca. Mas não é. O pior lugar que existe no mundo é você se pôr no lugar do outro. É você se pôr no lugar do outro [...], imagina. Para a pessoa estar naquela situação, ela teve uma história de vida. Ninguém nasceu ali, alguma coisa aconteceu [...] e essa ideia de levar para reunião de equipe, essa parte, é excelente (Agente Comunitário de Saúde 5).*

A profissional parabeniza a iniciativa de outra profissional que sugeriu uma reunião de equipe com os profissionais do CnaR. Diante do pedido para maior aproximação, a resposta do CnaR é fortalecedora. A psicóloga do CnaR propõe a revisão da data da reunião de equipe para que os profissionais da equipe do CnaR possam participar das reuniões das equipes de saúde da família promovendo a integração entre essas duas equipes.

*Como a gente está aqui e compartilha cuidados com outras equipes, a gente vai pontualmente quando aparece um caso específico. A gente tem compartilhado casos, mas não tão específicos. A gente discutiu isso de manhã. A nossa reunião de equipe é na quarta de manhã e à tarde geralmente a gente está na rua. A gente tem pensado em trocar para a tarde para poder acabar conciliando as duas reuniões. Aí a gente conseguindo dividir o horário da nossa reunião e também está presente em outras reuniões, que acaba que isso dificulta a gente de estar juntos [...]. A gente atende desde aqui, Olaria até o Jardim América, e aí nesses outros territórios a gente acaba as vezes indo com o agente daquele território que é mais próximo do usuário que a gente está acompanhando. Vigário geral, Lucas, geralmente é o agente desse território que combina com o acs a VD compartilhada. Acho que a gente pode trazer isso para cá. Esses dias a gente foi andando para a Vila Cruzeiro e percebeu a diferença que é ir andando e não indo de Van e economizar o tempo para chegar nos outros territórios até mesmo ir como vocês acho que vai ser importante (Psicóloga).*

A profissional do CnaR argumenta com a equipe sobre mudanças no turno de reunião para participação nas reuniões das 14 equipes lotadas na CFFC e planejamento de idas às ruas, compartilhamento de casos, construção de projetos terapêuticos e outras atividades conjuntas com os profissionais da eSF. Tal decisão poderá fortalecer, e muito, o trabalho que já vem sendo feito dentro da unidade de saúde no qual a eCnaR está implantada. Vê-se com bons olhos a integração dessas equipes pelo fato de que disseminar informações verdadeiras da PSR é urgente e pode melhorar o acesso dessas pessoas à rede de saúde.

Mapear as ruas é uma estratégia de construir cuidados para cada pessoa na sua singularidade. Nessa cartografia, as equipes tratam de identificar pontos importantes relativos à população em situação de rua nos territórios, no que diz respeito à concentração dessa população em pontos específicos, ao perfil dela em cada uma das regiões identificadas, aos

fatores de risco à saúde e fatores de vulnerabilidade nos territórios, as instituições parceiras que atuam com a referida população, as instituições que podem vir a se constituírem como parceiras, e aos espaços e fóruns de discussão acerca deste público e/ou de questões que atravessem essa temática (Brasil, 2012).

*E só cartografando é que você vai ter noção de acompanhamento de tuberculose. Tinha um jornalista que cuidava dos nossos pacientes de TB lá na Central. Tinha uma igreja que abrigava. Uma rede informal (Agente Social 2).*

O território onde as pessoas vivem, um lugar de vida e morte, onde nem sempre se tem o que se quer, o que se procura. A rua é um lugar de recomeços e está em constante transformação. Há uma parte fixa nesse cenário, que permanecerá sempre no mesmo lugar, e uma parte que se move enquanto o tempo decide que é hora de mudar. Os territórios não são totalidades estáticas e, sim, campos vivos e dinâmicos. Justamente por isso entendemos a cartografia não como um desenho imutável, mas, sim, incluindo em seu formato as dinâmicas, os movimentos, os processos de determinado território (Brasil, 2012).

*Eu acho que você só tem noção do território a pé. Entendeu? A van priva muito de você saber que tem um grupo de pessoas em algum lugar (Agente Social 2).*

*Temos que fazer um trabalho de conscientização do escalão até a gente que está na ponta de como isso funciona. A discussão é essa. Aí você tem que bater de frente. A outra, o consultório na rua (ênfatisa bem o “na rua”), não veio para salvar a população em situação de rua. O que vejo é que a estratégia precisa ser muito trabalhada ainda. Entendeu? Principalmente nos introdutórios. Porque quando você faz os introdutórios, para entender que o senhor fulano mora na rua Hermengarda, mas ele não mora numa casa, mas mora embaixo da marquise da padaria. Então ele é meu usuário. Entendeu? Independente dele estar dentro dos padrões, né, que a sociedade exige ou deitado no papelão, porque o papelão é a cama dele, a marquise é a casa dele. Entendeu? [...] Enquanto médicos, enfermeiros, esses profissionais não estiverem juntos com a gente para entender a lógica desse trabalho, vai ser isso. Eles vão ficar batendo cabeça. Entendeu? Ah não vai atender. Ah não tem CPF. Ah é morador em situação de rua, chama o CnaR. O CnaR não é salvador da pátria, não é anjo da guarda. A gente está para somar. Para ajudar a estratégia a caminhar nesse cuidado. Entendeu? (Agente Social 2).*

*Não sei se é uma ideia porque a gente precisa ficar mais juntos (Agente Comunitário de Saúde 7).*

O reforço da profissional que já atuava com a população em situação de rua e deseja fortalecer esse cuidado com a retaguarda do CnaR, demonstra o quanto ela é sensível a essa temática. Entende-se que tudo o que vem para somar e agregar, melhorando o acesso das pessoas em situação de rua às unidades de Saúde da Família, será de grande valia.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propomos, por meio deste estudo, o alcance para três objetivos que norteiam todo o trabalho realizado com os profissionais da eSF e CnaR da CAP 3.1.

O primeiro objetivo foi realizar discussão para promover a reflexão dos profissionais que atuavam na eSF Felipe Cardoso da CAP 3.1 visando ao acolhimento e ao acesso para cuidado integral e continuado às pessoas em situação de rua de modo a promover a integração da eCnaR com as eSF. Foi notória a implicação dos profissionais das Esf, todos agentes comunitários de saúde, com a temática proposta. Inclusive, o cuidado, ainda que pontual ou fragmentado, era feito por essa equipe, mesmo quando não dispunham de uma eCnaR.

Ao eleger esses profissionais para a pesquisa, notou-se um desejo de conhecer mais a respeito da população em situação de rua. Sobre a integração das duas equipes: eCnaR e Esf, foi visto que não havia muito esse compartilhamento do cuidado e, por isso, várias vezes foi observada alguma fala sobre as parcerias e o estreitamento das relações entre os serviços, com proposta de mudança das reunião de eCnaR, que, até então, acontecia às quartas-feiras pela manhã, para o mesmo dia à tarde, possibilitando que os profissionais participassem das reuniões de equipe da Esf.

O segundo objetivo foi realizar o mapeamento das atividades realizadas, desafios e potencialidades no cuidado integral à PSR tanto das equipes de saúde da família da Clínica da Família Felipe Cardoso quanto da equipe do CnaR da Penha e, embora existissem ações de ambas equipes visando ao cuidado para essa população, foi possível afirmar que muito dessa prática e olhar acolhedor já era feito, porém houve dificuldade ao colocar essas iniciativas no papel.

O último objetivo consistiu em identificar e debater a respeito de estratégias do apoio matricial da equipe de CnaR da Penha às equipes de Saúde da Família da CFFC da Ap 3.1; até então, essa proposta não ocorria, sendo comentada como estratégia de melhoria do acolhimento por parte dos profissionais da Esf para as pessoas em situação de rua. A eCnaR estudará a possibilidade de mudar seu turno de reunião, que, no momento, acontece pela manhã, para o turno da tarde e, assim, poder participar das reuniões da equipes de CF Felipe Cardoso, contribuindo com a discussão e/ou matriciamento dos casos do território.

Com ingredientes importantes, esse trabalho de intervenção na Clínica da Família Felipe Cardoso, unidade que abriga 14 equipes de eSF e 01 equipe de CnaR, foi concluído com bons resultados. As rodas de conversas que aconteceram com os agentes de saúde, a visita ao território com a profissionais que cuidam da população em situação de rua e a Oficina de

sensibilização que uniu e consolidou o elo entre as equipes que ali atuam, trouxe o saber das pessoas que fazem o cuidar, acontecer de forma humana, digna e sensível, cativando tanta gente que tem nessa instituição uma referência de cuidado.

## REFERÊNCIAS

- BALDISERRA, A. **Pesquisa-Ação: Uma Metodologia do ‘Conhecer’ e do ‘Agir’** Coletivo. Sociedade em Debates, Pelotas, 7(2): 5-25, Agosto. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais do encontro de experiências de educação e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 10 mar.2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA**. Brasília DF. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília DF. 2008.
- CAMPOS, A. G. S. **Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. enfrentamento da violência pela saúde**. São Paulo. 2014.
- CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial à equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Rio de Janeiro. 2007.
- CAMPOS F.C.C.de; FARIA, H. P de; SANTOS, MA dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CYRINO E.G; PEREIRA M.L.T. Trabalho com estratégia de ensino- aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problema. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(3), 2004.
- GADAMER, H. G. Verdade e método I. **Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. São Paulo: Editora Universitária São Francisco, 2005.
- UFF. **Diretrizes, metodologias e dispositivos de população em situação de rua ECR / RJ**. UFF, 2014.
- ENGSTROM E.M; TEIXEIRA M.B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. saúde colet.**, 21(6) jun. 2016.

FIOCRUZ. EAD - Programa de Educação à Distância. **Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua (com ênfase nas equipes do Consultório na Rua - eCR)**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://ead.fiocruz.br/cursos/2339>.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Trad. Eric Nepomuceno. 9. ed. Porto Alegre: L&PM, 2002.

JAHN, A.C; GUZZO, P.C; COSTA, M.C; SILVA E.B; LIMA, S.B.S. **Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro**. Rio Grande do Sul. 2012.

JUNIOR N.C, JESUS C.H, CREVELIM M.A. A estratégia de saúde da família para equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.** São Paulo, 19(3):709-716, 2010.

KRAFTA, S.H; MARTENS, C.D.P; ANDRE S.R. **O método de pesquisa: um estudo em uma empresa de coleta de dados**. Rio Grande do Sul. 2007.

KOOPMAN S.F.F; DAHER, D.V; ACIOLI, S.; SABÓIA, V.M; RIBEIRO, C.R.B; SILVA C.S.L.L. O Viver na rua: revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Minas Gerais), 2018.

PEDROSA, J.I.S. **A política nacional de educação popular em saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da saúde coletiva**. Brasília, 2021.

LOUZADA, L. O. **Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais**. 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

LUCK, H. **Metodologia de projetos: uma ferramenta de planejamento e gestão**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MACERATA I.; SOARES J.G.N, RAMOS J.F.C. Supports care for existential territory: primary care and this street. **Interface** (Botucatu), n.18 SUPL 1:919-30, 2014.

MACERATA I.; VARGA S.E.R. Contribuições das equipes de consultório na rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Scientific Electronic** (São Paulo), 2018.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N, RAMOS J.F.C. **Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e Rua**. **Interface** (Botucatu), v.18 Supl 1:919-30, 2014.

MACHADO M.P.M.; RABELLO, E.T. Competências para o trabalho nos consultórios na rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v. 28, n.4, E280413, 2018.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, M. C. D. S. (1993). **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e apr. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 9-29.

PASSOS H. R.; DAVID H. M. S. L.; BONETTI O. P., LEANDRO S. S. Educação popular em saúde e o trabalho em enfermagem nos tempos de pandemia da covid-19. In: Teodósio S.S.S.; Leandro S.S. (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 34-41. (Série Enfermagem e Pandemias, 3)

PAULA, H.C.D., DAHER, D.V., KOOPMANS, F.F., FARIA, M.G.D.A., BRANDÃO, P.S.; SCORALICK G.B.F. A implantação do Consultório na Rua na Perspectiva do cuidado e saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71, 2.843-2.847, 2018.

SIDI, P. M.; CONTE, Elaine. A Hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. RIAEE. **Revista Ibero-americana de Estudos em Educação** (Araraquara), v.12, n.4, p. 1.942-1.954, out/dez. 2017.

TERRITÓRIO Rua – **ideiaSUS** – Rio de Janeiro. [S.l.:s.n.], 2022. 1 vídeo (14 min). Publicado pelo canal Vídeo Saúde. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=DJAK\\_92eSnk&list=PLz0vw2G9i8v81v8KDs4KzAryj9ZsA4apy&index=8](https://www.youtube.com/watch?v=DJAK_92eSnk&list=PLz0vw2G9i8v81v8KDs4KzAryj9ZsA4apy&index=8). Acesso em: 7 jul .2023.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua:(in) visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30(2), e300226, 2020.

VASCONCELOS E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 14(1): 67-83, 2004.

## **APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE SENSIBILIZAÇÃO UTILIZANDO AS FERRAMENTAS DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

### **Objetivos da oficina:**

1. Sensibilizar os profissionais que atuam nas equipes da saúde da família da CAP 3.1 que não tem eCnaR para o acolhimento e acesso para o cuidado integral e continuado as pessoas em situação de rua e promover a integração da equipe de Consultório na Rua com as equipes de saúde da família;
2. Realizar o mapeamento das atividades realizadas, desafios e potencialidades no cuidado integral à PSR tanto das equipes de saúde da família quanto do CnaR;
3. Identificar as ações desenvolvidas entre a equipe do CnaR e as equipes de saúde da família da CAP3.1.
4. Identificar e debater sobre as estratégias de apoio matricial da equipe de CnaR às equipes de saúde da família da AP 3.1.

Público-alvo: Trabalhadores da equipe de Consultório na Rua de Manguinhos (CAP 3.1.) e os profissionais de saúde que atuam nas CF/UBS Victor Valla e Felipe Cardoso da CAP 3.1.

Número de participantes: até 30 profissionais. A data do evento ainda será escolhida.

**Tempo de duração:** 4 horas

**Horas:** 13h às 17h

**Local:** a definir.

### **Metodologia:**

#### **1. Dinâmica de apresentação (30 minutos):**

**Objetivo:** promover interação entre os participantes e estimular a capacidade de improviso, socialização, paciência e liderança.

Atividade:

Primeiro os participantes devem dar as mãos formando um círculo e depois o condutor da dinâmica pede que todos decorem quem está em seu lado esquerdo e direito. Em seguida, todas as pessoas são orientadas a caminhar aleatoriamente pelo espaço.

Após um tempo, o condutor pede que todos se abracem no centro do círculo, só que com as mãos para quem estava anteriormente ao seu lado e sem sair do lugar.

Em seguida, a roda deve se abrir sem que as pessoas soltem as mãos. Aqui vale pular braços, passar por baixo e qualquer manobra criativa. O objetivo é que todos entendam como a colaboração é importante para chegar a um objetivo comum.

## **2. Formação dos Grupos (duração: 2 horas)**

Atividade:

Dividir em pequenos grupos (composto por profissionais/trabalhadores das eSFe da eCnaR para construir painéis com tarjetas sobre o mapeamento das atividades realizadas, desafios e potencialidades no cuidado integral à PSR. Identificar as ações desenvolvidas entre a equipe doCnaR e as equipes de saúde da família CAP3.1.

2.2. Apresentação dos pequenos grupos sem Plenária.

## **3. Avaliação Da Oficina (30 minutos):**

Atividade:

Realizar avaliação pelos membros da oficina com dinâmica de “que bom, que tal, que pena”.

## **4. Encerramento:**

Atividade:

Com agradecimentos e entrega de certificados por participação na oficina e brindes (aromatizadores de ambientes produzidos por pessoas em situação de rua).



## **ANEXO I – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DE ÉTICA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

### **Ref.: Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa**

Eu, Sebastião Carlos Silva da Conceição, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Apoio matricial às equipes de saúde da família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde”, mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mirna Barros e Teixeira e coorientação do Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Hermes Candido de Paula, venho por meio desta carta, submetê-lo a análise do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP. Os participantes desta pesquisa serão os profissionais das Equipes de Estratégia de Saúde da Família da Área Programática 3.1 e trabalhadores da equipe de Consultório na Rua. Da zona norte do Rio de Janeiro, e será executado após aprovação deste comitê.

Atenciosamente,

Sebastião Carlos Silva da Conceição

**Mestrando da ENSP/Fiocruz**

**Nome e assinatura do pesquisador responsável**



## **ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) participante

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família no Cuidados às Pessoas em Situação de Rua na Perspectiva da Educação Popular em Saúde” desenvolvida por Sebastião Carlos Silva da Conceição, discente do mestrado profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Profa. Dr<sup>a</sup> Mirna Barros Teixeira e coorientador Dr. Hermes Candido de Paula.

O motivo do convite feito, se deve a características peculiares relacionados a sua formação em saúde no que tange aos cuidados desenvolvidos em prol da população em situação de rua da área programática 3.1 que possam contribuir com a nossa pesquisa.

Sua participação consistirá em participar de uma visita ao seu território de atuação com duração estimada de 03 (três) horas, participar de uma oficina de sensibilização com duração estimada de 04 (quatro) horas e participar de uma reunião de devolutiva com duração estimada de 03 (três) horas. Estaremos utilizando aproximadamente 10 horas dentro da sua carga horária de trabalho, utilizadas no decorrer da pesquisa, em dias combinados previamente e sem prejuízos a sua rotina diária na sua unidade de lotação. Suas chefias imediatas já estão cientes. O objetivo central do estudo propor estratégias de apoio matricial das equipes de Consultório na Ruas às Equipes de saúde no cuidado às pessoas em situação de rua, naperspectiva da educação popular em saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

O estudo acontecerá com os profissionais das Clínicas da Família da área programática 3.1 que possuem equipes de consultório na rua, a saber as unidades de saúde Victor Valla em Manguinhos e Felipe Cardoso, na Penha.

Primeiro será conhecido o trabalho dessas equipes no trabalho de abordagem às pessoas em situação de rua e organizado com os profissionais interessados em uma oficina.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos dar seu consentimento:

✓ Seus dados pessoais serão mantidos no anonimato e as informações que vier a prestar guardadas em sigilo.

✓ A oficina de sensibilização acontecerá em data e local a ser divulgado previamente. A mesma será gravada e, posteriormente, transcrita, lembrando que será mantido o sigilo sobre o seu nome, assim como o nome de todas as pessoas que porventura sejam citadas.

✓ Os materiais produzidos durante a pesquisa ficará sob a guarda do coordenador da pesquisa sendo mantido em arquivo pelo período de cinco (5) anos, conforme a resolução CNS nº 466/12. Após este período serão descartados. Os arquivos digitais serão apagados e os físicos fragmentados. Você poderá ter acesso a esses materiais, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.

✓ Você poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da pesquisa. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada da pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação e sem qualquer prejuízo.

As informações fornecidas serão analisadas em conjunto com as informações prestadas por outros participantes desta pesquisa, garantindo o sigilo e anonimato de todos.

✓ Sua participação no estudo não implicará em qualquer despesa para você, e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

✓ Poderá haver risco relacionado à exposição dos dados e perda da confidencialidade devido às características do estudo durante sua participação, que podem resultar em constrangimento para os participantes, invasão de intimidade ou mudança de rotina de trabalho.

✓ Essa pesquisa trará benefícios diretos e indireto para os participantes, ao colaborar com o estudo o participante estará contribuindo para melhoria do acesso das pessoas em situação de rua às unidades de saúde da família sem equipes de consultório na rua de referência e de forma mais ampla, fortalecendo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Um outro benefício é aumentar o número de material com uma temática sobre a população em situação de rua, o que dar mais visibilidade para esse público, auxiliando na criação de políticas públicas.

✓ Caso você venha a sofrer qualquer dano resultante da pesquisa é garantido o direito à

Assistência gratuita e a buscar por indenização por meio das vias judiciais ou extrajudiciais, conforme previsto no Código Civil lei 10.406 de 2002, Artigo 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art. 19.

✓ O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias.

✓ Ao término da pesquisa será promovido duas apresentações nas unidades escolhidas para pesquisa, (que ocorrerá preferencialmente em dias de reunião geral) para compartilhar os principais achados e recomendações da pesquisa para os participantes e os profissionais de saúde que atuam ali.

✓ Você receberá uma via idêntica deste documento, assinada pela pesquisadora.

✓ Este documento será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e uma para o pesquisador de igual forma e teor. Todas as páginas deverão constar rubricas do participante e do pesquisador responsável, além das assinaturas na última página deste termo.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-

2863 E-mail:

cep@ensp.fiocruz.br  
<http://cep.ensp.fiocruz.br/>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Pesquisador responsável:**

Sebastião Carlos Silva da Conceição

Mestrando Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família/ENSP/FIOCRUZ

Telefone: 21 973549476

E-mail: [sebastianashow@gmail.com](mailto:sebastianashow@gmail.com)

**Orientadora:**

Profa. Dra. Mirna Barros Teixeira

Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família/ENSP.

Telefone: (21) 994949593

E-mail: [mirna.teixeira@fiocruz.br](mailto:mirna.teixeira@fiocruz.br)

**Coorientador:**

Prof. Dr. Hermes Candido de Paula

Universidade Federal Fluminense

(UFF) Telefone: (21) 964411589

E-mail: [hermesdepaula@gmail.com](mailto:hermesdepaula@gmail.com)

Pesquisador Responsável:

Nome: \_\_\_\_\_

Participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20.



## ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM AO COMITÊ DE PESQUISA DE ÉTICA E PESQUISA DE ÉTICA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

### Dados de Identificação:

**Título do Projeto :** Apoio matricial às equipes de saúde da família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde.

**Pesquisador Responsável:** Sebastião Carlos Silva da Conceição

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP.

Telefone para contato do Pesquisador: (21) 973549476/33402401

Nome do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:// \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Eu,

\_\_\_\_\_

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente das necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador Sebastião Carlos Silva da Conceição do projeto de pesquisa intitulado “Apoio matricial às equipes de saúde da família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde” a realizar mas fotos que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização dessas fotos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor do pesquisador, acima especificados, obedecendo a que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto das Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069 / 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 / 2003) e das pessoas com deficiência (Decreto nº 3.298 / 1999, alterado pelo

Decreto n°5.296/2004).

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO IV–TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ AO COMITÊ DE PESQUISA DE ÉTICA E PESQUISA DE ÉTICA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**Dados de Identificação:**

**Título do Projeto :** Apoio matricial às equipes de saúde da família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde.

**Pesquisador Responsável:** Sebastião Carlos Silva da Conceição

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP.

Telefone para contato do Pesquisador: (21) 973549476/33402401

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:// \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Eu,

\_\_\_\_\_

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente das necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador Sebastião Carlos Silva da Conceição do projeto de pesquisa intitulado “Apoio matricial às equipes de saúde da família no cuidado às pessoas em situação de rua na perspectiva da educação popular em saúde” a realizar a gravação da minha participação na oficina sem custos financeiros a nenhuma daspartes.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso do pesquisador acima citado em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição da minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias da publicação das informações geradas.
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita

mediante minha autorização;

5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador da pesquisa Sebastião Carlos Silva da Conceição, e após esse período, serão destruídos e,

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável