



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Maria de Fátima Barcellos Silva

**Práticas e estratégias de cuidado do enfermeiro no Consultório na
Rua**

Rio de Janeiro

2023

Maria de Fátima Barcellos Silva

Práticas e estratégias de cuidado do enfermeiro no Consultório na Rua

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586	Silva, Maria de Fátima Barcellos. Prática e estratégias de cuidado do enfermeiro no consultório na rua / Maria de Fátima Barcellos Silva. - 2023. 104 f. Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 1. Consultórios. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Saúde pública. 4. Pessoas em situação de rua. 5. Enfermeiros. 6. Equipe de assistência ao paciente. I. Oliveira, Sandra Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título. CDU 614.253.5
------	---

Kárin Paz CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria de Fátima Barcellos Silva

Práticas e estratégias de cuidado do enfermeiro no consultório na rua

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 29 de junho de 2023

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sônia Acioli de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus ancestrais negros que aportaram neste novo mundo e lutaram para sobreviver em um território que fizeram de lar, que perderam muitas coisas, mas nunca a força e a resiliência.

Dedico as pessoas em situação de rua e as pessoas que estão extrema vulnerabilidade que são usuários do Sistema de Único de Saúde (SUS).

Dedico estes aos profissionais de saúde enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes sociais e outros da equipe multiprofissional do consultório na rua que acolhem com amor, afeto e escuta e, principalmente, de forma humana aqueles são invisibilizados.

Dedico às pessoas que compartilham do meu sonho e me apoiam para realização deste, meus familiares e amigos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ser minha fortaleza e bom Pai.

À minha querida orientadora Sônia Acioli, que me permitiu realizar este sonho e acreditou neste projeto, que me iluminou e conduziu por todo este caminho do mestrado com sua calma e grande experiência. Sempre muito gentil em entender como pessoa e aprendiz, grata por tornar este caminho leve e compartilhar este trabalho com você.

À minha mãe que sempre foi minha referência de vida e lutas, que neste ano de 2023 termina sua primeira graduação aos 60 anos, obrigada mãe por tudo, por orar por mim e por incentivar sempre, amo-te.

À minha companheira de vida Salomé Martins que me incentivou e acreditou e viveu este sonho, pela compreensão e paciência comigo. E por todos os dias antes e durante o mestrado dizer que eu conseguiria. Amo-te.

À minha irmã Luana Barcellos de Oliveira, por me apoiar e incentivar.

Aos meus amigos Thaís Delabarba, Poliane Campos, Heverton Campos e Welton Cristo que me incentivaram e emanaram energias de sua fé e energias boas.

Aos meus familiares que acreditaram emanaram fé em suas orações.

Ao grupo de pesquisa Sapesc que me acolheu com muito amor e contribuiu para meu crescimento como pessoa e estudante, a todos gratidão.

Aos profissionais enfermeiros que dedicam com tanto amor a esta profissão, e que contribuíram sem hesitação para este trabalho.

Aos colegas que fiz nesta jornada que acolheram e apoiaram só tenho gratidão.

É mil volts a descarga de tanta luta
Adaga que rasga com força bruta
Deus, por que a vida é tão amarga
Na terra que é casa da cana de açúcar?
E essa sobrecarga frustra o gueto
Embarga e assusta ser suspeito
Recarga que pus, é que igual Jesus
No caminho da luz, todo mundo é preto
Ame, pois.

Leandro Roque de Oliveira – Emicida

RESUMO

SILVA, Maria de Fátima Barcellos. **Práticas e estratégias de cuidado do enfermeiro no consultório na rua**. 2023. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O fenômeno de população em situação de rua está atingindo centenas de milhares de pessoas e famílias no território brasileiro (CAMPOS, 2018; NATALINO, 2020). O desaquecimento da economia, a redução de investimento gasto público e, principalmente, os efeitos da Pandemia pelo Coronavírus (SARS-Cov-2) diminuiu a aparente invisibilidade da população em situação de rua, considera que é cada vez mais comum depara-se com este fenômeno em cada esquina dos centros urbanos, especialmente nas grandes metrópoles da região Sudeste, onde se concentra 62% das pessoas que moram em situação de rua (DIAS, 2021). O processo de trabalho voltado à promoção da saúde neste grupo social, ocorre a partir de uma ótica diferente do habitual nos serviços de saúde, em que os agentes do cuidado traçam um itinerário para viabilizar acesso à saúde a estes sujeitos. O Ministério da Saúde (MS), em 2012, através da Portaria 122 normatizou o Consultório na rua (CnaR) em todo o território brasileiro, sendo que este dispositivo integra a rede de Atenção Básica obedecendo a Política Nacional de Atenção Básica (2011). O objetivo deste estudo foi compreender as práticas de cuidado e estratégias utilizadas pelo enfermeiro no consultório na rua, que visa considera o contexto da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram seis (6) enfermeiros que atuam nos consultórios na rua no município do Rio de Janeiro. Esta pesquisa de natureza qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada. A análise dos dados deu-se a partir da técnica de Análise Temática apontaram três categorias: I - Práticas de cuidados desenvolvidas pelo enfermeiro no consultório na rua; II- Fatores que influenciam nas práticas de cuidado do enfermeiro do Consultório na Rua; III – Relações entre a Equipe Multiprofissional-Usuários – Outras estruturas de apoio no cuidado. A coleta de dados ocorreu em Dezembro de 2022 a Janeiro de 2023.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Pessoa em Situação de Rua. Enfermeiros e Enfermeiras. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

SILVA, Maria de Fátima Barcellos. **Practices and care strategies of the nurse in the street office**. 2023. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The phenomenon of the homeless population is reaching hundreds of thousands of people and families in Brazil (CAMPOS, 2018 ;NATALINO, 2020). The slowdown in the economy, the reduction in public investment and, above all, the effects of the Coronavirus Pandemic (SARS-Cov-2) showed an apparent invisibility of the homeless population, considering that it is increasingly common to encounter this phenomenon in every corner of urban centers, especially in the large cities of the Southeast region, where 62% of people living on the streets are concentrated (DIAS, 2021). The work process aimed at promoting health in this social group takes place from a different perspective than usual in health services, where care agents outline an itinerary to enable access to health for these subjects. The Ministry of Health (MS) in 2012, through Ordinance 122, standardized the Street Office (CnaR) throughout the Brazilian territory, and this device is part of the Primary Care network, obeying the National Policy of Primary Care (2011). The objective of this study was to understand the care practices and strategies used by nurses in the street hospital, considering the context of Primary Care in the city of Rio de Janeiro. The research subjects were six (6) nurses who work with street workers in the city of Rio de Janeiro. This research is of a qualitative nature, through a semi-structured interview. Data analysis was based on the Thematic Analysis technique, which indicated three categories: I - Practices of care trained by the nurse in the attendant on the street; II- Factors that influence the care practices of nurses at the Street Office; III – Relationships between the Multiprofessional Team-Users – Other care support structures. Data collection took place from December 2022 to January 2023.

Keyword: Nursing Care. Primary Health Care. Public health. Person in Street Situation. Nurses and Nurses. Patient Care Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Distribuição da população em situação de rua por Área Planejamento 2020	38
Figura 2 -	Mapa com Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro em 2017.....	39
Quadro 1 -	Descrição da Área de Planejamento e abrangência de bairro	40
Figura 3 -	Etapas da Análise.....	47
Figura 4 -	Modelo de quadro de síntese de Registro.....	48
Figura 5 -	Modelo de quadro síntese da continuação das categorias de conteúdo.....	49
Quadro 2 -	Relação da formação acadêmica e frequência da pós-graduação.....	52
Diagrama -	Estruturas que apoiam o cuidado do enfermeiro com as PSR, no município do Rio de Janeiro.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool ou Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
Ciamp RUA	Comitê Intersetorial de Acompanhamento Pessoas em Situação de rua
CnaR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
eCnaR	Equipe de Consultório na Rua
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Proposta emenda constitucional
PNPSR	Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua
PSR	Pessoas em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção a Psicossocial
SAPESC	Grupo de pesquisa Saberes e Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva
SUAS	Sistema Único Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UUA	Unidade de Acolhimento a Adultos

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1	REFERENCIAL CONCEITUAL.....	22
1.1	População em Situação de Rua: Políticas Públicas e acesso aos serviços de saúde.....	22
1.1.1	<u>Políticas Públicas voltada para as pessoas em Situação de Rua</u>	23
1.1.2	<u>Acesso aos Serviços de Saúde.....</u>	27
1.2	Consultório na Rua.....	30
1.3	A Prática do Enfermeiro como Prática Social no contexto da Atenção Primária à Saúde.....	33
1.4	Contribuições do Estudo.....	36
2	METODOLOGIA.....	37
2.1	Tipo de Estudo.....	37
2.2	Cenário da pesquisa.....	38
2.3	Participantes da pesquisa.....	40
2.4	Coleta de dados.....	42
2.4.1	<u>Instrumento da coleta de dados – Teste piloto.....</u>	43
2.4.2	<u>Instrumento da coleta de dados pós – teste piloto.....</u>	44
2.5	Análise de dados.....	45
2.6	Aspectos éticos.....	49
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
3.1	Categorização do perfil dos enfermeiros na Consultório na Rua município do Rio de Janeiro.....	51
3.2	Categoria I – Prática estratégia cuidado desenvolvida pela enfermagem no Consultório na Rua.....	53
3.3	Categoria II – Fatores que influência nas práticas do cuidado enfermeira no Consultório na Rua.....	61
3.3.1	<u>Fatores que facilitam a prática do cuidado no Consultório na Rua.....</u>	61
3.3.2	<u>Fatores que desafiam a prática do cuidado no Consultório na Rua.....</u>	65
3.4	Categoria III – Relações entre a Equipe Multiprofissional, usuário e Estruturas de Apoio Intersectorial.....	68

4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	72
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A – Carta Convite.....	82
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta.....	83
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
	APÊNDICE D – Síntese das Unidades de Registro.....	91
	APÊNDICE E – Síntese da construção das Categorias de Amostra de Conteúdo.....	99

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa as práticas e estratégias de cuidado do enfermeiro desenvolvidas no consultório na rua considera o contexto da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

A escolha em trabalhar com uma população vulnerável surgiu há sete anos, como graduanda em enfermagem me interessei pelo tema de Tuberculose, a partir do acometimento pela doença de uma grande amiga. O fato me causou inquietação, ao perceber como uma doença antiga e tratável gratuitamente, ainda acomete tantas pessoas e quão largas é o desconhecimento, e mitificação entorna da doença.

Posteriormente, participei de um projeto de iniciação científica sobre o perfil epidemiológico do município de São Mateus e onde relacionei a sobreposição da doença infectocontagiosa Tuberculose e a doença Crônica Diabetes Mellitus. Os resultados demonstraram a correlação entre a doença com as condições de pobreza e falta de acesso aos bens sociais.

Em 2017, iniciei a Residência Multiprofissional em Saúde pela UFRJ, atuei por diversos setores, no segundo ano, a qual optei por ficar dois meses pelo Instituto de Doença do Tórax (IDT/UFRJ) acompanhando pacientes em tratamento Tuberculose Multirresistente. Participei das consultas de enfermagem, e, neste período fiz meu trabalho de conclusão de curso tendo como objeto de pesquisa a Tuberculose e População vulnerável. Através desta pesquisa, tive a motivação de estudar a população mais vulnerabilizada e com maior risco de adoecimento por tuberculose, com o objeto agora voltado à dimensão da prática do enfermeiro junto à população em situação de rua.

Esta pesquisa insere-se, na Linha de Pesquisa Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/ENF/UERJ). A partir da inserção no Grupo de pesquisa Saberes e Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva - Sapesc fui pensando e refletindo sobre qual dimensão trabalharia o meu objeto de pesquisa dentro do projeto de Mestrado, com a orientação da Prof^a. Dra. Sônia Acioli reconstruímos o objeto e delimitamos como iríamos trabalhar, sendo uma fase necessária como a autora conforme Minayo

(2014) orienta para a cita todas as etapas do projeto constituem uma definição e redefinição do objeto, ou seja, um “concreto pensado” (MINAYO, 2014).

Estudo dentro do âmbito de Saúde Coletiva considera o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma emblemática vitória da sociedade civil que objetiva garantir o acesso universal à saúde a todos os cidadãos brasileiros. No decorrer da estruturação e organização do sistema de saúde, os níveis de atenção foram moldados para atender as necessidades de saúde da população, sendo divididos em três: o nível básico ou primário; o nível secundário; e nível terciário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de reorientação do modelo assistencial se configura no primeiro nível de atenção, também denominado “Porta de Entrada”, preferencial, no SUS e canal de comunicação com todas as Redes de Atenção do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) faz parte da APS como meio de execução das ações de saúde, onde busca-se resolver 85% dos problemas de saúde, pois integra um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. (BRASIL, 2021; MENDES, 2012). Neste trabalho para fins de compreensão tomaremos os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica como termos equivalentes em consonância com a PNAB 2017 (BRASIL, 2017) .

Os sistemas de atenção à saúde são construídos a partir das respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde (MENDES, 2012). Estas respostas podem ser reveladas através, por exemplo, dos determinantes sociais da saúde, que são essenciais para compreender o processo de adoecimento, coletivamente e individualmente, dentro do âmbito ampliado do conceito de saúde, urge olhar para além da visão hegemônica e biologizante, torna-se imprescindível considerar a vivência deste indivíduo e os acessos as redes socioeconômicas e de serviços essenciais (PINTO et al., 2018).

Existem grupos prioritários de saúde que são atravessados por diversas demandas sociais como falta de habitação, emprego, educação, saneamento básico, dentre outras. Como resposta a estas demandas no decorrer de trinta anos

de Constituição Federal (1988), as políticas públicas exerceram papel importante na perspectiva de redução dos problemas sociais e no desenvolvimento de ações voltadas à justiça social. Estas políticas são moldadas de acordo com o momento político, econômico e social do país.

Por serem dependentes de recursos do governo a continuidade de algumas Políticas Públicas são insuficientes para amparar de forma abrangente grupos ou populações, por exemplo, o grupo de pessoas que vivem em situação de rua (PSR). Este grupo é afligido simultaneamente por diversas situações de vulnerabilidade, sendo que, a gênese não está estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, todavia atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O fenômeno de morar (temporariamente ou permanente) nas ruas/ocupações/abrigos é uma grande questão em nível mundial. O aumento significativo de pessoas que não tem domicílio escancara as fragilidades que os Estados ainda apresentam em lidar com as situações de extrema pobreza. O Relatório 43/14 da Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights afirma que a Moradia Adequada é um componente do direito à padrão de vida adequado e influi diretamente na saúde do indivíduo (COUNCIL, 2020; UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2023). Neste caso a contradição disto é a falta de moradia que viola o princípio da dignidade presentes nos artigos 1 e 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos e os Pactos Internacional sobre direitos Econômicos, Sociais e Culturais (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2023).

O Relatório 43/14 aponta que a falta de moradia, ou seja, estar em situação de rua leva a mortes prematuras e evitáveis, indica uma falha na ação do Estado em proteger a vida. (COUNCIL, 2020; UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2023). Um estudo de Aldridge et al., 2018, publicado na revista *The Lancet*, demonstrou que indivíduos socialmente excluídos em países de alta renda, apresentam até dez vezes mais probabilidade de morrer mais cedo do que a população em geral (ALDRIDGE, R. et al., 2018).

Outro estudo de Aldridge (2019) a partir do método transversal avaliou os óbitos por meio das internações hospitalares na Inglaterra de sem-tetos no período de 2013 a 2016, concluindo que um terço das mortes das pessoas sem tetos eram

tratáveis com cuidados oportunos e eficazes (ALDRIDGE, R. et al., 2019). Até o momento não temos estudos destes espectros e relevância publicados no Brasil, o que se encontra no Brasil são sobreposições de perfis de grupos de riscos nas ruas (ex-presidiário, profissionais do sexo, pessoas com transtornos mentais por abuso de substâncias e sem-teto), além de uma sobreposição da transição epidemiológica doenças infectocontagiosas e doenças crônicas, tornando esta população mais exposta aos riscos de adoecer.

Atualmente as Nações Unidas está a frente junto a vários países reunindo esforços para reduzir a pobreza e a desigualdade sociais, e fornecer habitação são reforçados por ações e pactos internacionais para proteger a vida e dar dignidade as pessoas. Um exemplo disto, é a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que é um plano de ação colaborativo que apresenta 17 objetivos globais de desenvolvimento sustentável e 169 metas para erradicar a pobreza e promover dignidade, um dos meios para atingir estas metas é através de Políticas Públicas sistematizadas e contínuas, com dispositivos que possam medir os efeitos dessas ações governamentais (NAÇÕES UNIDAS, 2023). Dentro dos objetivos propostos pela Agenda 2030 os objetivos:

1- Erradicação da pobreza;

10 – Redução das Desigualdades Sociais;

11 – Cidades e comunidades sustentáveis têm impactos positivos relevantes para mitigação das disparidades sociais. Ao nos aprofundarmos nas metas do objetivo;

11 – Cidade e comunidade sustentáveis é exortado a busca da erradicação das pessoas sem-teto através garantia de acesso de todos a moradia adequada, segura e acessível e serviços básicos, e melhorar as favelas até 2030 (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2023).

Todos estes objetivos impactam positivamente no que tange a melhoria da qualidade de vida de quem está na situação de rua.

Todavia, falta menos de sete anos para concluir o pacto da Agenda de 2030 e o cenário nacional brasileiro paralelo ao cenário mundial, estão convergindo para o não alcance de uma das metas principais que de erradicação das pessoas sem-teto e da pobreza. O pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos reconhece a falha dos Estados em prevenir e responder as demandas sociais emanadas pelas

peessoas em situação de rua o que acarretar um tratamento desumano e degradante (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2023).

O panorama nacional de desenvolvimento social, apresentou uma curva de melhora e estabilização da economia após a criação do plano real no governo Fernando Henrique Cardoso. No governo Lula (2003 a 2011) e Dilma (2011 a 2016) investiu-se em várias políticas públicas no âmbito social, econômico, educacional, habitacional e de saúde que modificando assim índices de extrema pobreza e fome que assolavam o Brasil (MARQUES; XIMENES; UGINO, 2018; TEXEIRA; PAIM, 2018).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a partir da análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 2004 a 2014, houve a redução da extrema pobreza em 63%, isto impacta diretamente nos indicadores de vulnerabilidade e desigualdade social (IPEA, 2015). Neste ínterim as ações voltadas aos que moravam na rua também foram beneficiadas, desde a acolhida do Governo Federal às pautas dos movimentos das populações em situação de rua e catadores de materiais recicláveis em 2003, até a criação da Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua 2009 (BRASIL, 2009).

A Política Nacional para as Pessoas em Situação de Rua (PNPSR) criada em 2009, se constitui marco histórico e de vitória para os movimentos sociais e entidades que lutaram para que os direitos da pessoa em situação de rua fossem reconhecidos pelo Estado. A política foi primordial para estruturar os serviços intersetoriais e ações existentes para a perspectiva da promoção da equidade, além de prever muitos aspectos de multideterminações que atravessam este grupo trazendo estratégias singulares. A PNPSR reconhece que as pessoas em situação de rua manifestam-se e comportam de modo diverso constitui um grupo plural e heterogêneo, a política nacional define este segmento social como:

Heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória, esta população é atravessada por aspectos que invisibilizam suas existências para o resto da sociedade (Brasil, 2009).

Os cuidados prestados a pessoa em situação de rua possuem também suas singularidades, quando o Ministério da Saúde começa a organizar e estruturar os

fluxos de profissionais de saúde para efetivar as práticas nesta população, observou que não era possível normatizar os cuidados como em outros pontos da Atenção Básica (VARGAS; MACERATA, 2018).

O processo de trabalho voltado à promoção da saúde neste grupo social ocorre a partir de uma ótica diferente do habitual nos serviços de saúde, em que os agentes do cuidado traçam um itinerário para viabilizar acesso à saúde a estes sujeitos. O Ministério da Saúde (MS), em 2012, normatiza o Consultório na Rua (CnaR) em todo o território brasileiro (Portaria Nº 112 de 25 de Janeiro de 2011), este dispositivo integra a rede de Atenção Básica obedecendo a Política Nacional de Atenção Básica (2011). A equipe que constitui este dispositivo é denominada Equipe de Consultório na Rua (eCR) devido à diversificação de especialidade dos profissionais é possível atender algumas lacunas sociais, mental e biológicas.

O número de pessoas que vivem sem moradia vem aumentando no Brasil, atualmente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não incluem em suas pesquisas as pessoas que vivem em situação de rua, o que se constitui uma grande falha para o planejamento estratégico das ações de saúde, inviabiliza assim os cenários de atenção pública e demonstra o desinteresse do Estado. No entanto, estimativas do IPEA, que usa o censo anual do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) e o Cadastro Único (CadÚnico) do governo federal, apontam que de setembro/2012 até março/2020 o crescimento desta população atingiu 140%, isto é, são cerca de 222 mil pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, e destes mais de 50% encontram-se alocados na região Sudeste (NATALINO, 2020).

A crise econômica financeira entre 2007 e 2008 iniciada no mercado hipotecário de alto risco Norte-Americano atingiu vários países como efeito dominó causando uma crise global, um dos efeitos negativos desta crise no Brasil foi o agravamento dos problemas sociais e o aumento da desigualdade social gerada pela desaceleração econômica (SILVA; FONSECA NETO, 2014).

Em 2015, com posicionamentos políticos voltados para o neoliberalismo, impulsionaram o desmonte das políticas públicas voltadas para o povo, este momento foi iniciado e ficou marcado com a criação da Proposta de Emenda constitucional (PEC) 241/2016 transformada posteriormente na Emenda Constitucional EC 95/2016, que reduziu os gastos públicos com a saúde, com a justificativa de conter o equilíbrio fiscal. As medidas de austeridade econômica

acarretando no desmonte de políticas públicas sociais ao retirar do Estado a responsabilidade de promover direitos humanos e sociais essenciais (CRUZ; SILVA; PULGA, 2020).

O Brasil está na lista dos dez países com maior desigualdade no mundo, e em 2º lugar quando se fala em concentração de renda e este fato gera consequentemente maior número de dependentes dos serviços públicos (CÍNTIA SASSE, 2021; VALLE; FARAH, 2020). Para escancarar essas fragilidades sociais e estruturais, a Pandemia mundial no final do ano 2019, causada pelo vírus do Coronavírus (Sars-Covid-19), desvelou a incapacidade de uma resposta nacional. A coordenação das ações foi descentralizada para Estados e Municípios e somado a isto a falta de investimentos e equipamento agravados pela EC 95/2016 mostrou o quão nos distanciamos da resolutividade dos problemas sociais brasileiros.

O impacto dos desmontes de políticas públicas se refletem nos dados do IBGE, em 2018, o número de pessoas em extrema pobreza já 13,5 milhões maior nível em 7 anos, e em 2021 com advento emergência em Saúde Pública da Pandemia do COVID-19 e juntando o enfraquecimento para políticas públicas a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), aponta que 62,9 milhões de pessoas na linha da pobreza com renda mensal R\$ 497,00 (NERI, 2022; IBGE, 2022).

De acordo com o Censo promovido pela Prefeitura do Rio de Janeiro através do DATA.RIO o município carioca possui 7.272 pessoas em situação de rua, destas 24,8% (1803) encontram-se em unidades de acolhimento e a maioria 75,2% (5469) nas ruas (DATA.RIO, 2020). 31% dos entrevistados estavam na rua em menos de 1 ano, e 64% estavam nesta condição por perda de trabalho, moradia ou renda (FIOCRUZ, 2021). Um número que não reflete a realidade atual, pois durante a Pandemia presente nestes dois anos no Brasil e no mundo, os índices de desemprego aumentaram, o custo de vida também aumentou e o país encontra-se desamparado economicamente e politicamente.

A Equipe de consultório na Rua tem um potencial para produzir meios de diminuir o processo de exclusão social desses indivíduos, por meio de ações intersetoriais, em que visa o atendimento sem discriminação, associado a práticas educativas e de redução de danos que busca levar em consideração cada história e cada contexto do sujeito (PINTO et al., 2018; VALLE; FARAH, 2020).

O fenômeno de população em situação de rua também denominada em alguns artigos como população invisível está atingindo centenas de milhares de pessoas e famílias no território brasileiro (CAMPOS, 2018; NATALINO, 2020). O desaquecimento da economia, a redução de investimentos e gasto públicos e a principalmente a Pandemia pelo Coronavírus (SARS-Cov-2) conseguiu quebrar esta invisibilidade, torna-se impossível não deparar com este fenômeno em cada esquina centros urbanos, principalmente, nas grandes metrópoles da região Sudeste onde se concentra 62% das pessoas que moram em situação de rua (DIAS, 2021). O crescimento exponencial desta população está ganhando patamares inéditos, a falta de planos governamentais emergenciais para esta população só amplia as vulnerabilidades que este grupo é exposto diariamente.

Em menos de uma década o número de pessoas que moram na rua aumentou 140% de acordo com o Ipea, a população em situação de rua se tornou um problema de público. As Políticas Públicas que são respostas as demandas sociais são incipientes, o levantamento do quantitativo de pessoas em situação de rua ainda não é realizado pelo órgão oficial do governo, o IBGE. Portanto, sem saber para quantos e para quais necessidades trabalhamos é quase impossível realizar um trabalho eficiente e planejar intervenções e estratégias para melhor o atendimento a estes.

Como já é sabido as pessoas que vivem em situação de rua se encontram em um contexto que é a falta de moradia fixa, as demais necessidades deste grupo são heterogêneas. Atravessados por múltiplos fatores que os tornam vulneráveis como está exposto a violência, insegurança alimentar, exposição a mudanças climáticas, abusos, e problemas de saúde, dentre outros problemas. Configurando não apenas um agravo social, mas também de saúde pública (PAULA, 2020; ZANDOMINGO, et al, 2020; VALLE & FARAH, 2020).

Por ser um grupo tão específico e tão diverso, estratégias e dispositivos governamentais com ações transversais e intersetoriais foram implementadas para ofertar acessibilidade aos serviços públicos e justiça social a estes indivíduos. O Consultório de Rua que surgiu como espaço ambulatorial de tratamento dependente químico e redução de danos, através de um automóvel itinerante a equipe multiprofissional ofertava aos moradores de rua e aos profissionais do sexo os serviços de saúde e acolhimento.

Em 2012, esta metodologia adotada pelo Ministério da Saúde foi regulamentada em todo o território brasileiro como Consultório na Rua (CnaR), a estratégia de Atenção Primária à Saúde na oferta de serviços foi ampliada, ações de cuidado, assistência social e psicológica, encaminhamentos a abrigos e outros serviços. O CnaR conta com uma equipe de Consultório com diversos profissionais de especialidades diferentes.

Ao olharmos para os agravos de saúde é necessário compreender como as práticas ocorrem neste ambiente complexo e perpassado por diversas demandas, Acioli (2014) afirma que as práticas saúde são construídas por vários *Habitus* e são orientadas por uma gama de influências institucionais, familiares e referentes ao grupo social que fazem parte (ACIOLI et al., 2014).

Os profissionais de saúde possuem em sua prática uma grande proximidade com o cuidado, e para a profissão de enfermagem o cuidado é objeto e a essência da sua prática (ACIOLI et al., 2014). Na prática da enfermagem, o cuidado a saúde humana busca transformar, intencionalmente e planejadamente, por intermédio de meios e instrumentos, obtendo como produto de final o cuidado em diferentes momentos do processo saúde-doença (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

Realizei uma revisão de integrativa nos meses Julho e Agosto 2022, com objetivo de analisar e descrever as práticas e estratégias para cuidado para pessoas em situação de rua nas bases de busca PubMed, Scielo, Web of Science, CINAHL, Lilacs e Scopus, estabelecido como período de tempo o marco da vigência da regulamentação do eCnaR 2012 até o ano Junho de 2022, e os resultados foram encontrados 11 artigos disponível na íntegra nas bases de dados, com isto percebe-se quantitativo expressa quantitativo reduzido e pouca reflexões sobre a prática do cuidado do enfermeiro.

A importância deste estudo das práticas de cuidado com esta população extremamente vulnerabilizada, possibilita analisar ações de saúde em contextos adversos e frágeis, em que os determinantes de sociais de saúde estão na vitrine neste processo saúde-doença que com cenário atual que coincide momento *sui generis* que está sendo a Pandemia pelo Sars-Covid, momento também marcado pela expansão política do neoliberalismo com suas ações de Estado Mínimo. Faz se preciso observar e conhecer melhor as ações deste enfermeiro que pratica este cuidado, quais são as relações entre estes agentes - instituições - estruturas que estão imbricadas neste processo e como o cuidar.

Objeto de Pesquisa

A prática de cuidado e estratégia do enfermeiro no consultório na Rua.

Objetivo Geral

Compreender as práticas e estratégias de cuidado do enfermeiro desenvolvidas no consultório na Rua considerando o contexto da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

- Mapear as práticas e estratégias de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam no consultório na rua;
- Identificar o contexto físico e organizacional para o desenvolvimento das práticas do enfermeiro no Consultório na Rua;
- Descrever as ações estratégicas para o desenvolvimento da prática do enfermeiro no consultório na Rua ao considerar o modelo de Atenção de Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

1 REFERENCIAL CONCEITUAL

1.1 População em Situação de Rua: Políticas Públicas e Acesso aos direitos sociais

O “morar na rua” não é um acontecimento efêmero, e está relacionado ao sistema capitalista e a formação das primeiras cidades pré-industriais europeias. Até mesmo a Pós-Revolução Industrial agravou este fenômeno que perdura através dos séculos até os dias atuais (OLIVEIRA et al., 2021). Paralelo a isto a desigualdade social é um axioma tão antigo quanto a história da civilização humana, e nem a emblemática “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão” (1789), trouxe a tão sonhada igualdade universal entre os homens e seu impacto não foi tão forte a ponto de extinguir a desigualdade por meio de Políticas Públicas Sociais (BURSZTYN, 2003). Entretanto, não se pode negar que estes acontecimentos corroboraram para o progresso econômico e os processos sociais do mundo globalizado forjaram uma sociedade moderna.

Em contrapartida, a globalização gerou aprofundamento da vulnerabilização social nas classes sociais mais pobres, a miséria e exclusão social foram naturalizadas pelas classes dominantes institucionalizadas pelo Estado, e a dissimulação das questões graves que atravessam estes despossuídos de bens e miseráveis que “moram na rua” tendo sido veladas por muito tempo (BURSZTYN, 2003; RESENDE, 2008).

O processo social da população em situação de rua emerge no Brasil de forma evidente após Abolição da Escravatura (1888). Quando foram libertados milhares de escravos negros sem provimento de estrutura econômica, social e de alguma forma subsistência ainda no período Imperial, o que acarretou grande densidade populacional de negros desprovida de direitos, moradias e empregos, e que fizeram da rua sua casa e por meio desta seu sustento (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

As transformações da tardia industrialização no Brasil com a entrada de capital estrangeiro e as pequenas propriedades rurais deram espaço a criação de latifúndios. O capitalismo modificou o espaço e a sociedade, obrigando o

deslocamento de uma grande massa fugindo da miséria para os centros urbanos, que se configurou no chamado Êxodo Rural nos meados do séc. XX. Esse fenômeno criou uma mão de obra sobressalente, com baixa escolaridade e ociosa. Esta mão de obra negra era usada em atividades com menos qualificação e de custo barato, o trabalho do homem do campo também, as classes subalternizadas e marginalizadas ocupavam cada vez mais as cidades (GONZALES, 1982; BRASIL, 2011). O determinante raça/cor ainda prevalece nos dados censitário, o I Censo e Pesquisa Nacional sobre Pessoas em Situação de rua realizado entre 2007 e 2008, aponta que 63,5% das pessoas que moram nas ruas não completaram o ensino fundamental e 82% são homens em idade econômica ativa. O desemprego estrutural (substituição dos operários por máquinas) surge com mais força a aumentar as desigualdades sociais no final do sec. XX e início do XXI.

Outro fator que corrobora com crescimento das desigualdades sociais e extrema pobreza, é a evolução socioeconômica acelerada nas últimas décadas pelo avanço tecnológico e o crescente neoliberalismo em detrimento de ações e políticas sociais. Há outras causas que levam a pessoa viver na rua como a quebra de vínculos familiares, transtornos mentais, uso abusivo de álcool, uso de substâncias ilícitas (PINTO et al., 2018a; ZANDOMINGO et al., 2020). As indignas condições de vida nas ruas expõem as PSR a maior propensão a sofrer lesões e desencadear problemas de saúde, problema este que está intrinsecamente relacionado ao modo de vida (ZANDOMINGO et al., 2020).

Para uma sociedade que supervaloriza a propriedade privada e privacidade, a pauperização deste grupo invisibilizado se estende à medida que suas demandas no processo-saúde-doença-cuidado nas ruas são marginalizadas pelo próprio Estado, há ainda sobreposição de vulnerabilidades, a fenômeno de morar nas ruas não é tida como um problema de todos e só de alguns (ZANDOMINGO et al., 2020). É substancial olhar para essas demandas de forma mais ampliada, pois o grupo apresenta um aspecto de heterogeneidade que é reflexo da trajetória de vida e do modo adotado por este para viver e sobreviver nas ruas reflete ainda o movimento de resistência e fortalecimento dos modos de viver com a construção de redes sociais e envolvimento com ações de cultura, arte, religião e movimentos sociais (SICARI; ZANELLA, 2018).

1.1.1 Políticas Públicas voltadas para as Pessoas em Situação de Rua

Após o histórico centenário de políticas de saúde insuficiente para superar as diversas mazelas sociais, o povo brasileiro debelou uma árdua luta para que o direito à saúde fosse universal. A Reforma Sanitária, em 1988, promulgou em suas leis que garantisse direitos a todos sem discriminação, inclusive a saúde dentro do Sistema Único de Saúde, não obstante, o Estado não propôs ações e nem articulou políticas públicas com impacto transformado e resolutivo para com os cidadãos em situação de rua que foram historicamente invisibilizados até 2009.

Houve um intervalo entre a criação do SUS (1988), e a criação da Política Nacional para a População em Situação de rua (2009), sendo que foi construída com lutas por espaços na sociedade e por dignidade da pessoa humana que é um fundamento constitucional (art. 1º, III) (BRASIL, 1988). Uma das primeiras aproximações para abordar as necessidades deste grupo vulnerável para criação de políticas públicas voltadas as pessoas em situação de rua foi à realização do Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua (1993), seguido pelo Grito dos Excluídos (1995), Marcha pelo Povo da Rua (2001).

Houve a acolhida do Governo Federal às Pautas dos Movimentos da PRS e Catadores de Recicláveis em 2003, e em anos posteriores houve debates e mais participação das pessoas em situação de rua promovidas por I e II Nacional sobre Populações em Situação de rua, respectivamente, em 2005 e 2009 (BRASIL, 2013). Esta curta linha do tempo, demonstra a trajetória árdua dos movimentos sociais para buscar direitos igualitários.

A erradicação da pobreza e a marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais é um objetivo constitucional para obter uma sociedade mais equânime, representa uma efígie para aqueles que anseiam por cidadania e dignidade, sendo uma meta possível com engajamento dos entes governamentais e da sociedade. Valle e Farah (2020) atribuem a garantia do “acesso aos serviços públicos” um pressuposto a dignidade da população em situação de rua (BRASIL, 1988a; VALLE; FARAH, 2020).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua instituída pelo Decreto nº 7053 de 23 de Dezembro de 2009, foi uma vitória, e por meio dela foi possível aos Estados, Municípios e o distrito federal fomentar projetos, programas,

atividades direcionadas organizar serviços e assistir esta população considerando a heterogeneidade em sua constituição. Um passo decisivo para redução das mazelas sofridas por esta população.

O Decreto nº 7053 contempla ainda a criação de comitês intersetoriais de acompanhamento e monitoramento (CIAMP Rua) que são espaços de controle e participação social nas políticas públicas ou entre outros assuntos comunitários. Nestes espaços há escuta ativa valorização e protagonismo das pessoas em situação de rua que participam não apenas dos processos decisórios de planejamento de ações, mas também no monitoramento e avaliação. O Ciamp Rua congrega representações do poder público, da sociedade civil organizada e de movimentos sociais desse segmento.

O atendimento na rua de pessoas vulneráveis acontecia no “Consultório de rua” na Bahia, desde a década de 90, viabilizada pelo prof. Antônio Nery Filho da Universidade Federal da Bahia (UFBA), posteriormente torna-se uma estratégia do CAPS de Salvador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A regulamentação das equipes do consultório e as diretrizes organizacional foram instituídas apenas em 2011 com a Portaria Nº 122, as eCR se tornam componentes das Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desenvolvendo ações da Atenção Básica previstas na PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Resolução nº 40, 13 de Outubro de 2020, formula diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, crianças, adolescentes, adultas e idosas. Embasada nas Leis Orgânicas de Saúde regulamentada de nº 8080/90, a resolução traz um em seu VII capítulo “Direitos Humanos e Saúde”, dozes artigos no qual fomenta a articulação entre serviços de assistência social e profissional da saúde para cuidado compartilhado com vista a superação da situação de rua.

A qualificação e ampliação de equipes de saúde para favorecer a abordagem humanizada aos que estão em situação vulnerável, assim como articulação dos serviços de Vigilância Sanitária para fiscalização de locais de abrigos e outros de uso destas populações, notificações de óbitos, doenças, violências a fim de superar as subnotificações tal como criar estratégias para fornecer melhores condições de saúde e bem-estar; o RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e o CAPSAD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) são redes substanciais para apoio

estratégicos para os cuidados e ações do consultório na rua na redução de danos e outros.

O Estado do Rio de Janeiro comporta um dos maiores índices de pessoas em situação de rua, de acordo com Ipea, as leis estaduais do Rio de Janeiro baseadas no decreto nº 7053 abordam a articulação das políticas públicas, democratização e dignidade humana fomentando uma Política Estadual Lei nº 9302 de junho de 2021 e a Lei nº 8823 de maio de 2020, que dispõe sobre acolhimento da população em situação de rua e vulnerabilidade social bem como as demais providencias para enfrentamento da Pandemia do Sars-Covid.

O decreto nº 47.736 de Agosto de 2021, regulamenta as duas leis estaduais 8823/20 e a 9302/21, com isto o Estado passa as execuções de ações para o programa RJ PARA TODOS com foco nos direitos humanos fundamentais e sociais das pessoas em situação de vulnerabilidade social e de rua. (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

A superação das desigualdades sociais no Brasil constitui um dos grandes desafios para as políticas públicas. A justiça social e promoção do bem-estar a todos os cidadãos brasileiros são objetivos que subsistem para manutenção da ordem social. As tímidas intervenções do Estado para manter esta ordem social nas populações vulnerabilizados, principalmente, aquelas que moradoras de rua, produziram uma lacuna histórica na falta de acesso aos serviços públicos, paradoxalmente, órgãos públicos.

Santana (2014) afirma que ações isoladas, além de serem pouco efetivas, podem contribuir para culpabilização do sujeito que se sente incapaz de se inserir nessa estrutura complexa. Outro ponto crítico é a atuação desarticulada e deficiente em termos de materiais, recursos humanos, organização dos serviços e outros, somada às barreiras e preconceitos existentes entre os profissionais, refletem os limites das políticas setoriais. (SANTANA, 2014 a).

As políticas públicas articuladas dentro das redes, sistemas, programas, projetos (estruturas organizacionais) corroboraram para quebrar este paradoxo. O grupo em situação de rua está cercado por heterogeneidade, no que se refere as condições socioeconômicas e ciclo de vida (crianças, jovens, adultos e idosos), há enorme necessidade de organização e dinâmica para atender todas as demandas que são complexas e necessitam mais de um profissional inserido na intervenção.

A Política Nacional de Pessoas em Situação de Rua e a Assistência Social são políticas públicas simbióticas e interdependentes. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possui alicerce robusto com dispositivos eficientes e que trabalham articulados com outros sistemas, exemplos são: CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), Centro DIA (Referência para pessoas com deficiência e suas Famílias), Unidades de Acolhimento (UA) dentre outros. Todos esses dispositivos são acessíveis para os profissionais que atuam nas equipes de pessoas em situação de rua realizar fluxos de referências.

No município do Rio de Janeiro, a prefeitura conta com 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Atenção Psicossocial Álcool Outras Drogas (CAPSad) - dois deles com unidades de acolhimento adultos (UAA) - e 8 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), totalizam 32 unidades especializadas próprias. Outras 3 unidades das redes estadual e federal completam a rede de 35 CAPS dentro do município do Rio de Janeiro (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2022).

1.1.2 Acesso aos Serviços de Saúde

A desigualdade no acesso à saúde é um “nó crítico” para os sistemas de saúde em vários países, o seu impacto para a sociedade varia de acordo com a política social e econômica em cada país, além do fenômeno da globalização e crescimento econômico. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A iniquidade em saúde também é um grande problema social que aflige as populações vulneráveis no Brasil, sendo os termos desigualdade e iniquidade por vezes tratados e debatidos como sinônimos, porém não o são. Já que a desigualdade em saúde é explicitada através das assimetrias expressas nos indicadores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, estratos de renda, educação, ocupação, dentre outros. Por outro lado, as inequidades em saúde tratam de uma subdivisão da desigualdade tratando-se de injustiça, seja como negação da

igualdade no âmbito da superestrutura político-ideológica, seja como um produto inerente à própria estrutura social (VOLOCHKO; ANTENOR SUZANA KALCKMANN; SILVA PAIM LÍGIA MARIA VIEIRA DA SILVA, 2010).

As políticas públicas são instrumentos utilizados para combater, ou ao menos mitigar, este processo de desigualdade, através da fomentação de políticas que possam viabilizar o acesso aos serviços públicos de saúde para todos, incluídos os grupos vulnerabilizados. Fornecer um sistema de saúde forma universal é um desafio que envolve as políticas públicas, sendo que é por meio dela que o acesso gratuito e universal ocorre. O Acesso à Saúde é um tema amplo multifacetado e multidimensional não havendo consenso entre os autores que englobe todos os aspectos do conceito.

De acordo com Sanches e Cinocelli (2011) há uma variabilidade no conceito relacionada ao período histórico, à medida que a sociedade evolui e novas necessidades surgem. (ASSIS; DE JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A Constituição da República Federativa do Brasil (CF), de 1988, consagrou um conjunto de princípios o Movimento Sanitário, o princípio de Universalidade do acesso é um dos arcabouços centrais do sistema saúde brasileiros, ao determinar que “saúde é direito de todos...” em seu artigo 196, que institui o Sistema Único de Saúde no Brasil deixa transparente que este se desdobra numa vertente universal e igualitária:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A regulamentação do acesso universal se concretiza a partir dos dispositivos constitucionais da Lei nº 8080. A saúde como direito social e coletivo, é fruto da concepção do Estado de Bem-estar Social da Carta de Otawa, não obstante se esbarrar na sua sobrevivência, visto que depende irrestritamente de financiamento do Estado.

Na última década o desmonte das políticas sociais alcançou seu paroxismo no, ano 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, em que os gastos, principalmente, do Sistema Único de Saúde seriam reduzidos gradativamente em 20 anos. Portanto estas duas décadas serão consequentemente

catastróficas, sendo suficiente para alterar as bases do SUS e das demais políticas sociais, que conforma a um Estado que não mais garantirá direitos sociais. (GIOVANELLA et al., 2018).

O conceito de acesso e sua utilização é discutido na literatura de diversas formas. Sanchez e Ciconelli (2012) e Giovanella e Fleury (1996), abordam que a conceituação utilizada nos serviços de saúde é a formulada Frenk (1985) a partir Donabedian (1973) o teórico usa do adjetivo “acessibilidade”, sendo abrangente mais os sentidos do que o termo acesso adotado por outros autores. Seu conceito esta pautado nos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, para o autor este ocorrer em duas dimensões: sócio-organizacional e geográfica. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Na vertente sócio-organizacional a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, termina por influenciar significativamente o acesso à saúde. Quando vista no âmbito geográfico é vista sobre função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Como todo conceito, o acesso na perspectiva de Donabedian 1973 possui limites que excluem as etapas de percepções de problemas de saúde e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Como já citado neste estudo, a Constituição Federal de 1988 foi um grande marco social nas políticas públicas brasileiras, uma vez que coloca a saúde como direito universal e dever do Estado, tendo como principais princípios a equidade e universalidade no acesso aos serviços de saúde. Todavia, os estudos apontam que na prática há muita dificuldade no acesso aos serviços de saúde, devido ao caráter “seletivo, focalizado e excludente”, contradizendo o que se espera na teoria. (ASSIS; DE JESUS, 2012).

Grupos com extrema vulnerabilidade social e exclusão social, como as populações em Situação de rua, que foram invisibilizados por anos pelas políticas públicas e sofrem ainda com os estigmas sociais que são as principais vítimas de injustiças sociais, apesar dos esforços trazidos pelas políticas públicas que visa garantir a oferta de serviços em saúde pela principal porta de entrada. Esta Atenção Primária não garantem ainda acesso resolutivo e integral. Oliveira et al. 2021 aponta

que este grupo apresenta pouco acesso e baixo índice de procura serviços de saúde.

Isso averigua com o conceito de Donabedian 1973 o acesso das PSR aos serviços de saúde se depara os aspectos sócio-organizacional. As principais barreiras ao acesso descritas são: estigmas sociais, violências institucionais, oferta de serviços, oferta de medicamentos, burocracia no atendimento, condições da pessoa em situação de rua (mau cheiro, esta sobre efeito de drogas, sujeira), juízo de valor do profissional, dentro outras. (ASSIS; DE JESUS, 2012; FRIEDRICH et al., 2019; PAULA et al., 2018; ZANDOMINGO et al., 2020).

O Consultório na rua é uns dos principais dispositivos da atenção primária que almeja tornar o acesso aos serviços não apenas de saúde, mas também sociais mais palpáveis e próximos a esta população com ações intersetoriais e transversais voltados às demandas que esta população apresenta. No entanto, como uma estratégia ainda no SUS é preciso ser melhorada constantemente, pois assim como as desigualdades sociais se conformam no decorrer do tempo e evolução econômica-cultural-social o CnaR deve se ajustar as novas realidades sociais e estar preparada para atendê-las.

1.2 Consultório na Rua

O Consultório de Rua (CR) surgiu na Bahia no final da década de 90, a modalidade de atendimento extramuros era inovadora com foco nos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados das redes de serviços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O Consultório de Rua foi fruto de um projeto precursor “Banco de Rua” que buscava conhecer uma solução viável para sobrepor as dificuldades em acesso aos serviços das crianças e adolescentes que moravam na rua, com isto, o projeto buscou conhecer o universo simbólico e afetivo das crianças e adolescentes em situação de rua que se concentravam na “Praça da Piedade”, na Bahia.

A pesquisa idealizada pelo Profº. Drº. Antônio Nery Filho, a sua observação das vivências das pessoas em situação de rua e o uso de drogas foi compartilhada com profissionais da psiquiatria, psicanálise, e educadores; a evasão dos pacientes

dos espaços de apoio aos usuários de drogas CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da UFBA), o levou a repensar sobre o lugar de assistir os usuários em seu território de existência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outros dispositivos de saúde com a proposta simular do CR, com abordagem mais ampla surgiram no território brasileiro chamado de Programa de Saúde da Família sem Domicílio (PSF sem Domicílio), em Porto Alegre (2004), Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio em Belo Horizonte e São Paulo e ESF POP rua no Rio de Janeiro, todas estas modalidades aprimoradas do incipiente projeto “Banco na Rua” Antônio Nery convergiu para Consultório na rua em 2012 (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

A prática de assistência aos usuários crônicos de substâncias psicoativas com redução de danos e/ou com transtorno mentais graves, com ações interdisciplinares desinstitucionalizantes com a nova PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) não foi excluído o Programa, e sim inserido dentro da política e desenhada como um ponto de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial a Saúde (RAPS), sendo transversais as ações integrais a saúde como garantido na constituição “Saúde direitos de todos e dever do Estado”.

O Consultório de rua foi regulamentado pela Portaria Nº122, de 25 de Janeiro de 2011, a partir dali passou a ser denominado como Consultório na rua, sendo que a alteração na preposição remodela o campo semântico do programa que tinha um foco para Saúde Mental e nos transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas e reorienta o programa que amplia os seus “sentidos”, e expande a para gama de ações em saúde estratégica consonante com a Política Nacional de Atenção Básica e a Rede de Atenção da Atenção Primária a Saúde. (ABREU; OLIVEIRA, 2017; SANTANA, 2014b).

O Consultório na rua remete também ao lugar onde este cuidado de fato ocorre, rompendo com paradigmas velhos (consultório dentro de uma estrutura física entre quatro paredes e uma mesa e cadeiras) e dando uma nova roupagem ao cuidado, sendo que este pode acontecer no local (território existencial) que se propõe cuidar e deseja ser cuidado. Essa perspectiva se alinha ao sentido indicado por Minayo (2006) que aborda território em saúde como “Lugar de entendimento do processo de adoecimento, em que as representações sociais do processo saúde-doença envolvem as relações sociais e as significações culturais” (COLUSSI; PEREIRA, 2016 apud Minayo, 2006).

No campo da saúde o Território é onde acontecem os processos de saúde de uma população, a qual está permeada de particularidades que se projetam em diversos perfis demográficos, epidemiológico, econômico, social, cultural e político, os quais se encontram em constante transformação (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

O Território apresenta um escopo muito maior com outras dimensões. No Caderno de Saúde Mental (2013), o conceito de Guattari (1992) é utilizado para contextualizar o território, este apresenta uma dimensão cunhando o termo “Territórios Existenciais” que podem se configurar em individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas (BRASIL, 2013d). São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si (BRASIL, 2013d).

O Consultório na rua é o novo necessário para dar acesso a cuidados em saúde e dignidade às pessoas em situação de rua, a sua proposta é o alcance maior das ações e integração de outros serviços a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), além de acompanhar na longitudinalidade e integralidade dos cuidados da população vulneráveis que moram nas ruas. Devido a complexidades dos problemas trazidos pelo grupo o trabalho multidisciplinar foi mantido. Com esta pactuação da PNAB a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população (SANTANA, 2014a). Atualmente a equipe configura-se em três modalidades: (PORTARIA Nº 1.029, DE 20 DE MAIO DE 2014):

A: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional

B: Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação.

Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A** (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras **A** e **B**;

Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A** (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras **A** e **B**;

Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

As ações em saúde dos consultórios na rua, além da saúde mental, englobam todos os contextos de vida desde o atendimento à gestante que vivem em situação de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, saúde da mulher (gestação, parto e puerpério), encaminhamentos para exames laboratoriais e de imagem, distribuição de remédios, a escuta ativa das demandas se faz bastante necessário para manter os vínculos e continuidade dos cuidados, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica são abordadas no consultório na Rua (SANTANA, 2014a).

1.3 Prática do Enfermeiro como Prática Social no contexto da Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde no Brasil é desenvolvida através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo postulada como égide frente às demandas de saúde da comunidade. A heterogeneidade do grupo em situação de rua passou décadas sob a luz de negligência do Estado. A invisibilidade tornou-se o predicativo de comum e normalizado, mas até quando podemos normalizar ou banalizar o que está nas calçadas das nossas casas, no percurso do trabalho e debaixo do nosso próprio nariz? As mazelas que levam as pessoas para as ruas perpassam por múltiplas causas, além das imaginadas pelo senso comum social.

Um dos caminhos para reduzir as desigualdades é equidade e acesso aos serviços de públicos, além da consciência que as pessoas em situação de rua tenham seus direitos garantidos e vínculos fortalecidos da humanização das suas práticas e atuando sempre com escuta ativa.

O consultório na rua é dispositivo de saúde itinerante que foge da lógica institucionalizante, em que os profissionais que são buscados para resolver uma demanda específica, no contexto das pessoas que moram na rua e são vulnerabilizadas até pelo próprio Estado, as EcnR percorre o itinerário onde estas

peças existem com suas subjetividades e realidades de sobrevivência. O potencial das equipes dos consultórios na Rua é enorme, principalmente para romper ou atenuar com o processo de exclusão social, que muitos dos serviços “entremuros” propagam com estigmas, demora no atendimento, burocratização do atendimento solicitando documentações e endereço, descaso com demanda da PSR, que priva as pessoas dos seus direitos como cidadão.

Dentro da lógica do consultório na Rua que é desenvolvido por uma equipe multiprofissional com ações intersetoriais, a ação elementar humana e relacional que possibilita os melhores resultados dentro do trabalho é “o cuidar”. O cuidar em saúde não é restrito a uma profissão, pois é definida como uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre fornece o que cuidado e de quem recebe o cuidado, compreende o acolhimento como escuta do sujeito, respeita o contexto de vida e seus sofrimentos (PINHEIRO, 2009).

A palavra “cuidado” é etimologicamente originária da palavra latina *cogitatus*, que significa meditado, pensado e refletido. Alcioli et al. 2014, contextualiza cuidado como conjunto de ações (velar, cuidar, tomar conta) com finalidade de preservar a vida e perpetuar a espécie (ACIOLI et al., 2014). O cuidado carrega a dimensão relacional intersubjetiva que desenvolve num tempo contínuo, que transcende o saber profissional e as tecnologias usadas naquele momento, no espaço virtual de troca não há anulação de saberes e, sim trocas e inclusão, respeitando-se desejos e necessidades (PINHEIRO, 2009).

As práticas desenvolvidas pelos profissionais no âmbito social e pessoal das PSR, se dão muitas vezes de forma diferenciada, o processo de cuidar é voltado para o indivíduo como o centro da atenção. O enfermeiro como integrante da equipe do consultório na Rua, também considera novas formas de cuidados que supera o modelo tradicional, não visa especificamente à doença do sujeito, no entanto, visa também o contexto biopsicossocial do indivíduo. O cuidado surge como prática que foge do normativo dos manuais e diretrizes do Ministério da Saúde, a adaptação surge numa proposta mais humanista com ampliação de tecnologias leves como escuta ativa, processo terapêutico que considera o território de existência e reconstrução de proposta para melhor adesão do paciente (VARGAS; MACERATA, 2018).

As práticas em saúde são recorrentemente abordadas em estudos científicos de forma tecnicista e externa, subvalorizando as relações entre a técnica e sua

construção histórica e social (FERREIRA; ACIOLI, 2010). A prática de cuidado em saúde ultrapassa as dimensões das práticas técnicas, esta arraigada de subjetividade humana representada pelos valores do toque, do olhar, da escuta, dos diálogos e das relações construídas no ambiente de cuidado (ACIOLI, S. et al, 2013).

Olhando sobre essa luz, a prática transcende a realização de atividades de caráter utilitário-pragmático voltado a prática resolutive do problema momentâneo, o fazer cuidar é imerso na subjetividade na “Práxis” que diferente da “Prática”, no sentido mais simples, a práxis é a ação pensada, para Karl Max “práxis” diz respeito a “atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz) e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico a si mesmo” (BOTTOMORE, Tom, 2012).

A relação entre teoria e prática são indissociáveis. A compreensão da realidade, sustentada na reflexão teórica, é condição para a prática transformadora, ou seja, a práxis. Esta também pode ser compreendida entre linhas gerais como prática social, ao considerar quando o agente transformador considera a o ambiente, a realidade e a o contexto histórico-cultural dos sujeitos.

O trabalho do enfermeiro como prática social significa considerá-lo como um trabalho necessário e de interesse da sociedade, inserido no processo de trabalho, que produz serviços em saúde, exercido pelos por enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem e cujo produto final é o cuidado de enfermagem à pessoa no seu processo saúde-doença. (TREZZA et al, 2008). É importante ressaltar que no cenário atual a enfermagem vem se constituindo enquanto uma das áreas que contribui de forma decisiva para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A atuação do enfermeiro frente aos desafios possui a equipe itinerante perpassa por barreiras no acesso a estruturas de apoio, falta de material e adaptação às fragilidades para promover cuidados à pessoa em situação de rua é hoje primordial e urgente compreender e discutir, para formular melhores políticas, discutir a temática em espaços de graduação e pós-graduação, para construir um cuidado mais equânime.

1.4 Contribuições do estudo

A Equipe de Consultório na Rua é um potente promotor de cuidado efetivo e singular e com resultados positivos para pessoas que moram na rua em situação de extrema vulnerabilidade. As contribuições deste estudo perpassam a academia e literatura científica, já que há poucos estudos sobre as práticas dos enfermeiros neste dispositivo da Atenção Básica. Este trabalho contribui para compreender as necessidades de saúde mais demandas por esta população e ajudará na promoção de ações de saúde e na construção de políticas públicas.

2 METODOLOGIA

A ciência é a forma hegemônica de construção de conhecimento. A partir deste conhecimento é possível criar regras universais e padrões rígidos que permite uma linguagem comum divulgada e conhecida no mundo inteiro (MINAYO, 2014). Para Minayo (2014) a metodologia ocupa um lugar central no interior da sociologia do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social do mundo, veiculada na teoria. A metodologia abrange três aspectos que podem ser vistos separadamente segundo a autora:

- a) Como discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento;
- b) Apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos necessários para investigação;
- c) A criatividade do investigador, ou seja, a marca pessoal ao aplicar métodos, achados e teorias e associá-las (MINAYO, 2014).

O conjunto de técnicas que constitui o instrumental necessário para aplicação da teoria, isto é, o elemento fundamental para coerência metódica e sistêmica da investigação (MINAYO, 2014).

2.1 Tipo de pesquisa

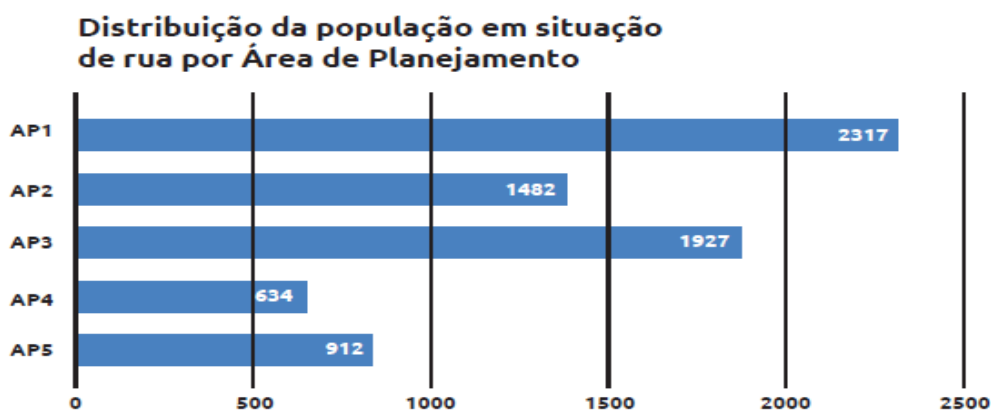
Esta pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória, pois tem o propósito de proporcionar maior familiaridade com o problema (Gil, 2021).

O intuito deste estudo foi conhecer a dinâmica do enfermeiro no contexto do Consultório na Rua (CnaR) e mapear as práticas de cuidado com grupo de pessoas em extrema vulnerabilidade.

2.2 Cenário da pesquisa

O município do Rio de Janeiro possui uma população em 2019 de 6.718.903 habitantes, densidade demográfica 5556 hab/Km², com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) 0,799 em 2019, IPS (Índice de Progresso Social) da Cidade do Rio de Janeiro 60,85% com maior IPS (87,09) em Botafogo e menor IPS (41,58) na Pavuna, no mesmo período de 2019. O quantitativo de pessoas em situação de rua pelo censo da Prefeitura do Rio de Janeiro promovida pelo Instituto Pereira Passos (IPP) e disponível no Data.Rio foi de 7.272. O maior quantitativo de pessoas em situação de rua está na Área Programática 1 (AP1) de acordo com Figura 1.

Figura 1 - Distribuição da população em situação de rua por Área Planejamento, 2020



Fonte: DATA.RIO, 2020.

Na proposta do projeto de pesquisa e até antes da submissão ao comitê de ética eram apenas sete (7) Equipe de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro. No Centro da Cidade do Rio de Janeiro há uma característica peculiar devido à alta demanda do AP1 a equipe eCnaR foi dividida em dois Consultórios na Rua. No final do ano de 2022 foram inaugurados mais dois Consultórios na Rua, hoje o município, possui ao todo nove (9) consultórios na Rua, todavia considera o quantitativo de 7272 pessoas em situação de rua em 2020, com base no cálculo: N pessoas em situação de Rua/500 (Portaria 1255 18 de junho de 2021), o Rio de

Janeiro precisaria de 14,5 equipes de consultórios na rua, ou seja, a demanda é de 5 equipes de consultório na rua para atender a demanda.

A coleta de dados foi realizada no município do Rio de Janeiro com seis equipes de Consultório na Rua distribuídas pelas Áreas Programáticas: Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau (Cidade Nova); Clínica da Família Nélio de Oliveira (Gamboa) no território da Área Programática 1.0; Clínica da Família Victor Valla (Manguinhos) no território da Área Programática 3.1; Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (Jacarezinho) no território da Área Programática 3.2; Clínica da Família Marcus Valadão (Acari) no território da Área Programática 3.3 ; Clínica da Família Faim Pedro (Realengo) no território da Área Programática 5.1. O único Cnar não entrevistado foi o Centro Municipal de Saúde Sávio Antunes (Paciência), no território da Área Programática 5.3 devido à troca de profissional enfermeiro e posteriormente férias deste. Estas equipes estão localizadas nas áreas programáticas AP1.0, AP3.1, AP3.2, AP 3.3, e AP5.1 e AP 5.3 (Figura 2).

Figura 2 – Mapa com Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro em 2017



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2017.

Já abaixo a quadro 1 traz um demonstrativo de área de planejamento e bairro coberto pelas Equipes de Consultório na Rua, de acordo com as enfermeiras do eCnaR.

Quadro 1 – Descrição da área de planejamento x Abrangência de bairro

Área de Planejamento	Área de Abrangência
CAP 1.0 Cidade Nova	Campo Santana, Arcos da Lapa, Riachuelo, Cruz Vermelha, Cinelândia, Largo da caridade, Candelária, Praça do Menezes Costa, Uruguaiana e arredores, Largo São Francisco, Castelo, Praça Tiradentes, MAM, Aeroporto, Praça do Passeio, Início da Glória, Praça Marília Gomes, Estácio e outros.
CAP 1.0 Gamboa	Santo Cristo, Gamboa, parte da Central do Brasil e outros
CAP3.1 Manguinhos	Todo território.
CAP 3.2 Jacarezinho	Pilares, Baixo Méier, Jacaré, Sampaio, Lins, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Engenho de Dentro, Engenho da Rainha, Del Castilho Bandeira 1 e 2, Bairro Carioca e outros.
CAP 3.3 Acari	Fazenda Botafogo; Costa Barros; Barros Filho; Coelho Neto; Parque Columbia: Pavuna; Chapadão; Morro União e Cajueiro.
CAP 5.1 Realengo	Deodoro; Vila Militar; Campos dos Afonsos; Jardim Sulacap; Magalhães Bastos; Realengo; Padre Miguel; Bangu; Gericinó e Senador Camará e outros.

Fonte: A autora, 2023.

2.3 Participantes da pesquisa

Os participantes de interesse desta pesquisa são enfermeiros que atuam nas Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. Ao todo foram entrevistados seis (6) enfermeiros. O recrutamento dos participantes voluntários foi viabilizado por meio de carta-convite entregue pessoalmente pela pesquisadora aos enfermeiros com cópia ao gerente da unidade. O conteúdo da carta tem um texto de

apresentação com a proposta da pesquisa, método da pesquisa e contato da pesquisadora para retirar qualquer dúvida da pesquisa.

Após a entrega dos convites, a pesquisadora retornou à unidade de saúde na qual está lotado o (a) enfermeiro (a) para saber se havia o interesse deste participar da pesquisa, seis convites foram aceitos dos sete consultórios proposto em participar. Deixei agendada a entrevista com os enfermeiros com autorização prévia do gestor, os horários pactuados foram fora de períodos que não compromettesse suas atividades de assistência para não causar prejuízo das suas atividades funcionais dos enfermeiros que aceitarem participar da pesquisa, as considerações de eticidade serão tomadas levando consideração as diretrizes da resolução CNS nº 580 de 22 de março de 2018 artigos de 6º, 7º, 8º e Norma Operacional CNS nº001 de 2013 (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2013c).

Os aspectos éticos foram respeitados nesta pesquisa de acordo com Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), levado em conta o anonimato e privacidade dos depoentes enfermeiros (as) participantes do estudo. Aos participantes foram esclarecidas dúvidas e pontuados que a pesquisa era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sem prejuízos a estes, a pesquisa não gerará nenhum ônus a instituição proponente e nem a coparticipante (BRASIL, 2012b).

Os critérios de inclusão desses profissionais é estar atuando no cenário do consultório na rua igual ou superior a 01 mês, pois pressuponha que neste período o profissional tenha uma percepção do território e de suas práticas;

O critério de exclusão seria enfermeiros que estiverem licenciados ou afastados no período da pesquisa.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir da autorização do Comitê de Ética e Pesquisa Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) com autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição coparticipante a Secretária de Saúde do

Município do Rio de Janeiro. Foram necessários autorização através do Termo de Anuência Institucional (TAI) dos Centros de Estudos de cada Área Programática do município do Rio de Janeiro, que participaram da pesquisa e estes documentos foram anexados na Plataforma Brasil e analisado pelo Comitê de Ética Pesquisa.

Após a apreciação dos comitês de éticas supracitados e anuência da pesquisa, os enfermeiros das equipes do Consultório na Rua receberam uma carta convite para participar da pesquisa. Foi solicitada a autorização previamente do Gestor da Unidade de Saúde, após a autorização o TCLE, foi entregue impresso para cada participante, na qual foi explicada a pesquisa, apresentado os riscos e benefícios em participar desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu mediante as entrevistas com roteiro semiestruturado com enfermeiros atuantes no consultório na Rua. Para direcionar a entrevista foi formulado um roteiro pela própria pesquisadora com perguntas que norteiam o objetivo do estudo.

O roteiro semiestruturado contém o nome do participante como é dado pessoal será coletado e seguida será dado um código individual ao participante, utilizarei a anonimização que é uma técnica de processamento de dados que remove ou modifica informação neste caso o nome pelo código para que o entrevistado não seja identificado, na transcrição dos dados será preservado o anonimato do entrevistado com código individual, dado a cada entrevistado aleatoriamente, em hipótese alguma aparecerá o nome do participante na transcrição dos dados na monografia e outros trabalhos científicos produzido a partir desta pesquisa.

A entrevista é uma técnica destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objeto (MINAYO C., 2014).

Para garantir que o instrumento esteja adequado aos respondentes, procederá um pré-teste, que consiste em uma aplicação de uma amostra da população, o intuito deste pré-teste foi avaliar: clareza e precisão dos termos; quantidades de perguntas, forma das perguntas; ordem das perguntas; introdução das indagações (GIL, 2021). Este estudo seguirá os preceitos éticos da pesquisa de acordo com a Resolução nº 466/2012, na qual será assegurado aos participantes o respeito a sua individualidade e privacidade, o anonimato e o sigilo dos dados fornecidos. Além, do direito de que poderiam se retirar da pesquisa a

qualquer momento se desejar.

A entrevista semiestruturada obedece um roteiro que é apropriado estruturalmente e utilizado pelo pesquisador facilita uma abordagem sobre o tema estudado e assegura, que hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. O período de coleta é de 01 mês, a partir de Dezembro de 2022 até Janeiro de 2023.

No período da coleta tive a oportunidade de conhecer as equipes, em três consultórios e participei de visitas, procedimentos de enfermagem e acompanhamento em internação hospitalar. Ao observar esta vivência do enfermeiro em sua prática dentro da equipe do consultório na Rua foi experiência única e primordial para construção da pesquisa.

2.4.1 Instrumento de coleta de dados - Teste Piloto

De acordo com Minayo (2014) a entrevista é uma técnica destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objeto. A condução da entrevista utiliza de alguns instrumentos, neste estudo optamos pelo roteiro semiestruturado. Para avaliar o instrumento de coleta foi realizado o teste piloto, que segundo Hulley (2007) é um estudo preliminar para avaliar a viabilidade, o tempo, o custo, eventuais efeitos da pesquisa.

Esta pré-avaliação é considerado uma estratégia metodológica que auxilia o pesquisador a validar o instrumento de pesquisa desenhado, pois acontece com participantes com proximidade do objeto da pesquisa, foi utilizado neste teste piloto a técnica Snowball (bola de neve) que é uma técnica de amostragem que utiliza rede de referência, é apropriada para estudos com grupos difícil acesso ou pouco conhecida, possui a característica de não probabilística usada em estudos de natureza qualitativa (BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A.F., 2021).

Nesta rede referência foram contatados enfermeiros que atuam ou já atuaram no consultório na Rua no Estado do Rio de Janeiro, de conhecimento da pesquisadora e de sua orientadora, com exceção os enfermeiros do consultório na rua do município da pesquisa Rio de Janeiro. Foi solicitado a estes enfermeiros que

indiquem outros possíveis participantes seguindo os critérios metodológicos nesta pesquisa. Para Gil (2021) um dos principais objetivos do teste é a adequação do instrumento de coleta antes da pesquisa de campo corroborando com aspectos como clareza e precisão dos termos; quantidade de perguntas; formas das perguntas; ordens das perguntas, introdução (GIL, A.C 2021).

O período destinado a teste piloto foi de 15 dias, os convidados eram enfermeiros com proximidade ao objeto da pesquisa, o TCLE foi lido e o ambiente virtual foi escolhido, devido a disponibilidade e escolha dos três enfermeiros participantes. Após a entrevista solitei que indicasse outro enfermeiro para estar participando do teste piloto. Com amostra do teste piloto, foi possível avaliar clareza nas perguntas proposta pela pesquisadora, se as perguntas atingiam os objetivos proposto pela pesquisa, se havia viabilidade e utilidade do método alguns ajuste foram feitos, o tempo nestas entrevista foi menor que 20 minutos. Após este teste piloto os dados foram ajustados para ser realizado a pesquisa principal com anuência do Comitê de Ética da instituição proponente e coparticipante.

2.4.2 - Instrumento de coleta pós-teste piloto

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada, realizada presencialmente, foram áudio gravadas por via de aplicativo de gravação chamado “Gravador versão 1.9.61” no aparelho celular, para garantia da fidedignidade das informações coletadas e, posteriormente, transcritas.

A entrevista semiestruturada constituía de perguntas previamente estabelecidas e abertas que não são oferecidas alternativas de resposta, que permite o pesquisador aprofundar as respostas obtidas das questões de pesquisa durante a entrevista, sem perder o foco da pergunta (BONILHA; OLIVEIRA, 2016). As entrevistas serão conduzidas por meio de questões norteadoras e feitas pela própria pesquisadora. O roteiro semiestruturado da entrevista encontra-se no Apêndice A.

Destaca-se, ainda, que a entrevista semiestruturada valoriza a presença do pesquisador, o que favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas

também sua aplicação e a compreensão de sua totalidade tanto dentro de uma situação específica como de situações de dimensões maiores (TRIVIÑOS, 2010).

As entrevistas foram realizadas com agendamento prévio, conforme a disponibilidade dos profissionais de enfermagem e as demandas do serviço. Assim, após as devidas orientações e o cumprimento dos aspectos éticos, a entrevista aconteceu nos locais agendados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ressalta-se que não se pode deixar de abordar sobre os aspectos que envolvem a eticidade da pesquisa, nos termos do que dispõe a resolução supracitada. Desta maneira, estes os entrevistados foram identificados através do código individual e sequencial: E1, E2, E3, E4, E5, E 6, E7. Com isto manteremos o anonimato do participante.

2.5 Análise dos dados

A pesquisa qualitativa é capaz de proporcionar um aprofundamento nos processos sociais ainda pouco conhecidos, referente a grupos sociais particulares, objetiva conhecer transformações e construções humanas, agrega a significado nas interações com relações e estruturas sociais (BARDIN, L. 1997).

Nesta pesquisa a coleta de dados foi realizada através de entrevistas áudio gravadas, com perguntas semiestruturadas. O método de análise de conteúdo com suas técnicas visa avaliar a comunicação do depoente se mostra mais propício para este estudo, visto que o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem, esta análise busca significação (conteúdo) por meio da compreensão do indivíduo ou do seu ambiente no momento determinado (BARDIN L., 1997, p 46).

Para analisar os dados dentro de um estudo qualitativo existem diversas técnicas de simples a sofisticadas que o pesquisador pode utilizar. Nesta pesquisa a análise dos dados ocorreu a partir da metodologia de Análise de Conteúdo que é composto por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, Bardin (1997) referência neste campo diz que:

Este conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos, e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos as condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagem. (BARDIN, 1997, 44)

Bardin (1997) discorre que dentro deste conjunto de técnicas a mais antiga é a por categoria, que funciona por desmembramento do texto seguido de reagrupamento analógico. Esta metodologia abre um leque de possibilidade de categorização, investigação do tema, e ser eficaz ao aplicar discursos diretos (significações manifestas) e simples (BARDIN, L. 1997, P 199).

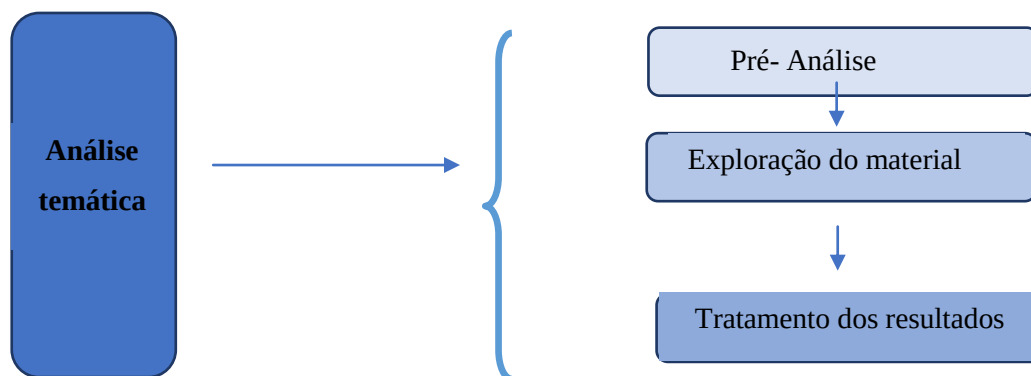
Ayres (2008) corrobora com a definição de Bardin, discorrendo que a análise temática consiste em redução e análise de dados estratégia pela qual os dados qualitativos são segmentados, categorizados, resumido e reconstruído de uma forma que captura os conceitos importantes dentro do conjunto de dados. Dentro da análise do conteúdo existe um leque de modalidades, optou-se neste estudo utilizar a técnica de *Análise Temática*.

Minayo (2014) aponta que o objetivo desta técnica estar em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Posteriormente é realizada uma contagem de frequência das unidades de significação, definindo assim o caráter do discurso.

Ao avaliar esses significados é possível captar a presença de terminados temas, em que podemos inferir estruturas de relevâncias, valores de referências e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014).

O tema é uma unidade de significação complexa, na qual elenca um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Minayo (2014) afirma que a análise obedece a três etapas importantes:

Figura 3 – Etapas da análise



Fonte: A autora, adaptação fluxo de etapas Minayo.

Primeira etapa – Pré-análise: na qual o pesquisador realiza leitura flutuante do material, constitui corpus, fórmula e reformula hipóteses e objetivo. Esta fase é elementar, pois determina a unidades de registro (palavra-chave), unidades de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), determina recortes e a forma de categorização, modalidades de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

Segunda etapa - Exploração do Material: consiste na operação classificatória e organização que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto da entrevista.

Terceira etapa – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados passam por processos estatísticos, do qual posteriormente é possível propor inferências e realizar as interpretações.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente e realizadas no período de Dezembro de 2022 a Janeiro de 2023, nas Unidades de Saúde ao qual o Consultório encontra-se lotado, ao todo foram seis enfermeiros participantes. As entrevistas totalizaram 263 minutos, o tempo de cada entrevista variou de 41 min a entrevista que durou mais que 90 min. As entrevistas foram realizadas em salas de reunião ou até no consultório físico da unidade de saúde.

Um Gravador de Voz Digital 8 gb MP3 foi utilizado para captar as entrevistas, no decorrer destas utilizei um caderno de anotações para escrever frases e pensamentos importantes captados para recuperá-los posteriormente na análise. As gravações passaram pelo programa Transcriptor® que é um programa de transcrição de áudio para texto pago. A transcrição realizada por um programa não captou a totalidade das palavras, por este motivo com o texto produzido no

Figura 5 – Modelo de quadro Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo

- ANEXO 2 -

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ* 2008

Identificação da Pesquisa:
No. Páginas Analisadas:

2 TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	4 No. UR / TEMA	6 % UR / TEMA	7 CATEGORIAS	8 No. UR / CATEGORIA	9 % UR / CATEGORIA	10 OBSERVAÇÕES
TOTAL UR						

ocorrerá de forma voluntária e com autorização prévia do gestor da unidade e o período da entrevista foi acordado fora do horário que exerce atividades de assistência dos enfermeiros que aceitaram em participar da pesquisa. A não participação na pesquisa não implicou em nenhum prejuízo ao enfermeiro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo objetiva apresentar a análise de dados coletados conforme descrito na metodologia. O quadro com a relação de registro e categorias encontra-se no final deste documento nas páginas 61 a 78 (Apêndice D e E).

A partir do roteiro semiestruturado, transcrição das entrevistas e das leituras e construções de quadros contendo as unidades de registros (UR), chegou-se há alguns denominadores comuns que foram mapeados e sistematizados dentro de três categorias e duas subcategorias. Foram identificadas 261 unidades de registro que compuseram as categorias apresentadas a seguir:

- a) Categoria I:** Práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no consultório na rua.
- b) Categoria II:** Fatores que influenciam nas práticas do cuidado do enfermeiro do consultório na Rua, sendo subcategorias:
 - Fatores que facilitam a prática do cuidado no Consultório na Rua;
 - Fatores que são desafios para a prática do cuidado no Consultório na Rua.
- c) Categoria III:** Relações entre a Equipe Multiprofissional, usuários e outras Estruturas de Apoio.

3.1. Caracterização do perfil dos Enfermeiros do Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro

Participaram do estudo seis (6) enfermeiros das sete (7) equipes de Consultório na Rua distribuídas pela Área Programática do Município do Rio de Janeiro. O gênero que prevaleceu foi Mulher cisgênero cinco (5) e apenas um (1) homem cisgênero.

A formação acadêmica de todos é em Bacharel (a) em Enfermagem. Em relação à Pós-graduação 100% da amostra possui Pós-graduação Lato Sensu

variando entre especialização e modalidade Residência em áreas afins à Saúde Pública e Coletiva, representado no quadro 1.

Quadro 2 – Relação da formação acadêmica e frequência da pós-graduação

FORMAÇÃO ACADÊMICA	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Graduação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Pós-graduação lato sensu - Especialização	Sim (1)	Sim (3)	Sim (2)	Não	Não	Sim (1)
Pós-Graduação – modalidade residência	Sim (1)	Não	Não	Sim (1)	Sim (1)	Não
Pós-graduação Stricto Sensu	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Doutorado	Não	Não	Não	Não	Não	Não
MBA	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Pós Doutorado	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: A autora, 2022.

O tempo de atuação dos entrevistados no Consultório na rua varia de 1 mês a 12 anos, existem enfermeiros atuando desde a criação do consultório, sendo que a média de tempo de atuação ficou em média de 3 anos.

Todos os consultórios na rua são de modalidade III em relação à equipe, tendo profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente social, psicólogo, assistente social, referente aos outros profissionais apenas dois consultórios possuem Terapeuta Ocupacional, um possui um Articulador (profissional que estimula na comunicação da eCR com a gestão e outros setores, idêntica e maneja e resolve conflitos pertinente ao serviço; facilita a integração da eCR com outras instituições parceiras, estimula atividades de promoção da saúde, dentre outras funções de gestão), duas possui Apoiador (profissional que apoia a equipe CnaR em atuar nas conformidades da Atenção Primária; colabora com a construção de execução de treinamentos e capacitação; dá suporte para o desenvolvimento de

ações intersetoriais; participa no processo de seleção e contratação de pessoa, dentre outras atividades), nenhum com profissional odontólogo na equipe.

3.2 Categoria I: Práticas e estratégia de cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro no consultório na rua

Esta categoria é a maior deste estudo, tendo apresentado 112 unidades de registro, o que representa 44,6% da amostra do estudo. A categoria denominada práticas e estratégias de cuidados desenvolvidas pelo enfermeiro no consultório na rua apresenta como se concede a produção de saúde através das práticas de cuidar e ações estratégicas no Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro. O cuidado é o eixo central das competências e responsabilidade da enfermagem (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

A prática de cuidado de enfermagem é construção e reconstrução recorrente do enfermeiro por meio do ambiente que está realizando suas ações, dependente de fatores, implicações, contribuições, aplicações, crenças e atitudes realizadas com/para uma pessoa, isso se faz no processo interpessoal e dialógico, em que reconhece o outro como agente passivo e ativo neste cuidado.

Neste estudo buscou-se compreender as práticas de cuidado dos enfermeiros com as pessoas em situação de rua. A prática de cuidado de enfermagem dentro da perspectiva saúde coletiva é uma construção contínua, pois acontece por uma sistematização e dinamicidade da assistência de enfermagem ao captar e interpretar a realidade em saúde e de enfermagem, no âmbito individual e/ou a coletiva, dentro de dado contexto social e histórico. As intervenções ocorreram a partir da realidade deste indivíduo e passam por reflexões críticas durante o processo de cuidar e, posteriormente, a este. (QUEIROZ; EGRY, 1988).

Conforme Rocha (2008) o cuidado em enfermagem é dividido em duas dimensões: objetiva e subjetiva, na qual a primeira se revela nas técnicas e procedimentos, e a segunda que se configura em sensibilidade, criatividade e intuição. (ROCHA et al., 2008). Por isso, é perceptível que o cuidado é algo complexo e acontece neste espaço relacional.

De acordo com Campos (2012) “para agir sobre o mundo o sujeito busca compreendê-lo” (CAMPOS, 2012). Ao refletir sobre esta perspectiva no decorrer da entrevista e na abordagem dos enfermeiros a respeito da prática de cuidar em saúde, os sentidos sobre suas ações e experiências contextualizaram como é desenvolvido o cuidar do enfermeiro. Para os entrevistados o cuidado em saúde no consultório na rua se apresenta como indicado a seguir:

E1: “É o cuidado vai muito além, né. Daquele cuidado acadêmico que a gente tem da enfermagem principalmente né. Que é o Cuidado biomédico que é o físico só né?! Acho que esse conceito tá bem mais ampliado hoje em dia, antigamente você pensava em cuidar com o corpo físico, né? É e também vou mais além da saúde mental, acho que o cuidado é um todo [...] É você ter o espaço você possa se sentir bem. Onde você possa ter uma boa alimentação, onde você possa dormir, onde você tenha uma integração com a rede, né? Que são as pessoas que te apoiam eh você se sentir um cidadão respeitado é isso, cuidado pra mim é amplo, né? Não é só marcar uma consulta e o paciente sair com uma cartela de medicação.”

E3: “Que não é só um cuidado de você cuidar do físico né? Assim. É você tem que ver todo um contexto [...]”

E4: “cuidado pra consultório na rua é garantia de acesso.”

E5: “O cuidado abrange muito mais do que aquela questão de saúde e doença [...] as pessoas demandam mais é por essa questão de que é um lugar pra conseguir dormir alimentação ou tirar documentos, [...] onde podem tomar banho”.

A atuação do enfermeiro neste dispositivo de cuidado, que é o Consultório na Rua, é complexa, ao considerar que os usuários não são domiciliados em sua maioria e fazem uso do território da rua como moradia fixa ou temporária. O “morar na rua” se distancia dos padrões normativos de uma sociedade capitalista, onde privacidade e a propriedade são supervalorizadas. (ZANDOMINGO et al., 2020). Desse modo, a rua funciona como uma vitrine das suas privacidades que compõem um contexto de extrema vulnerabilidade social. (ZANDOMINGO, et.al, 2020). O território existencial (espaços públicos) se torna um território de vivência e sobrevivência ou como aborda Rosa, Secco e Bretas (2006) “é um viver **na** e viver **dá**” o território destas pessoas é vivo, dinâmico, mutável e complexo.

O cuidado com a PSR transcende a dicotomia saúde-doença, já que este grupo exige um olhar ampliado devido à sua extrema vulnerabilidade (social-relacional, econômica, mental, psicológica, física e risco de morte constante). Ao agir neste contexto de cuidar, faz necessário compreender os determinantes sociais que atravessam estas populações, uma vez que estes impactam no resultado das ações

em saúde promovidas, que por vezes as condições de vida nas ruas são permeadas por condições insalubres, espaçamentos entre as refeições, exposições a alterações climáticas, espancamentos, violências e outros fatores influem diretamente no seu cotidiano e no seu processo saúde-doença (PAULA, 2020; ZANDOMINGO, et al, 2020; VALLE; FARAH, 2020).

É perceptível que a prática do enfermeiro dentro de um CnaR tem relevância social que é inclinada para a qualidade do cuidado e ao resgate da cidadania na perspectiva do acesso universal aos serviços e a atenção à saúde (CARDOSO et al 2018).

A prática do cuidar relatada pelos entrevistados tem suas ações e estratégias múltiplas vertentes do cuidado em saúde voltados à integralidade dos cuidados e em todos os estágios da vida. Essas práticas em saúde coadunam a Política Nacional de Atenção Básica em vigência e o conceito de saúde ampliado promulgada na Carta de Ottawa (1986), na qual a saúde sobrepuja o cuidado com o corpo físico (biológico). Novas dimensões adensam este conceito de qualidade de vida condicionada a um conjunto de fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social (MEDEIROS, 2022).

O entrevistado E6 aponta que o cuidar é “uma prática muito complexa e requer do profissional enfermeiro e dos outros também [...] uma habilidade muito grande em conduzir e criar rede [...]”. Essa fala corrobora com PAULA (2018) que sucinta que o processo de trabalho requer certas habilidades dos profissionais de saúde ser criativo, inovador e singular as necessidades da clientela, e a criação de vínculos com outros profissionais dentro da equipe e interinstitucional proporciona maior resolubilidade do cuidado ofertado (KAMI et al., 2016; PAULA et al., 2018)

Regulado pela Portaria 122 de 25 de Janeiro de 2011, pelo Ministério da Saúde, o Consultório na Rua está presente na Atenção Básica há mais de uma década. A grande demanda e a oferta não só de serviços de saúde, mas também social e jurídico, atraem cada vez mais pessoas em busca de atendimento multiprofissional. Isso equivale a um aumento no quantitativo de consultórios com intuito de atender esta população em crescimento, no Rio de Janeiro, em 2022, foram acrescentados à rede municipal mais dois consultórios, somando assim nove CnaR.

É possível inferir pela fala dos enfermeiros que há uma transição paulatina na busca dos serviços em níveis primários (promoção, prevenção da saúde e reabilitação) do que pelos serviços em nível terciário (busca pela cura do corpo). A literatura aponta que há um grande uso dos serviços de emergência como porta de entrada para o acesso à saúde (VALLE; FARAH, 2020 MACHADO, 2019; BRASIL, 2012 b). O Censo produzido pelo Governo Federal em 2007, com a participação de apenas 71 municípios, aponta que 43% das pessoas em situação de rua usavam o serviço hospitalar emergência como porta de entrada, contudo, estes dados já não representam mais a realidade do Brasil, de 2007 para 2023, o cenário brasileiro passou por alterações profundas politicamente-econômico-sociais. O Brasil é um país continental, de acordo com IBGE são 5.568 cidades, e as políticas públicas próprias para pessoas em situação de rua não haviam sido implementadas e nem os consultórios eram regulados.

E6 e E5 apontam em suas falas sobre construção e implantação após uma década de CnaR e como o usuário reconhece o consultório espaço de cuidar e acesso aos serviços de saúde:

E6: “O nome que a gente construiu ao longo do tempo com eles, entendeu? Essa fama. Hoje agora, hoje em dia é o nosso cartão de visita pra eles.”

E5: “consultório daqui é muito antigo, o que a gente vem percebendo é que os usuários que acabam acessando o consultório.”

Ao pontuar sobre as estratégias utilizadas para realizar o cuidado e a comunicação por meio da escuta qualificada, vínculo e acolhimento foram os mais presentes nas falas dos entrevistados:

E1: “Você vai atuar na queixa principal, eu estou com dor. Vamos tratar essa dor, né? Mas aí depois tratada a dor, fazendo essa escuta qualificada? De onde veio essa dor? Que que você está com essa dor? Né aonde você vem, que que a gente pode te ajudar além disso? Vai por aí.”

E2: “O primeiro de tudo pra você cuidar de um paciente em situação de rua é você conseguir chegar até ele, ele ter confiança em você pra confiar que você cuide, que você chegue perto deles se oriente e que você não vá fazer mal a ele porque eles têm medo né!”

E4: “Eu acho que o enfermeiro do consultório na rua faz muita escuta, acho que pra tá nesse espaço precisa tá aberto pra ouvir porque esse cuidado com o corpo que eles exigem às vezes eles deixam fugir algo do mental mesmo sabe? Eles deixam fugir algo da saúde mental eles deixam surgir demandas de saúde que estão além de uma ferida, por exemplo.”

E5: “então eu acho que o vínculo é a estratégia fundamental pra você realizar seu cuidado”.

E6: [...] minha prática do cuidado, ela é baseada totalmente baseada na escuta, eu preciso escutar o que este paciente, essa pessoa necessita, e o que ele entende o que é problema pra ele. Eu preciso trabalhar, com que ele me traz, quais são as necessidades dele, o que para ele é problema, o que para ele não é problema. Pois as vezes eu enxergo coisas que ele não está enxergando, né. Às vezes eu não encontro necessariamente, abertura para tratar daquele assunto com ele naquele momento, então isto vai numa crescente as vezes.

A simples oferta de serviços de saúde não configura em cuidado efetivamente. A dinâmica que envolvida neste processo de trabalho em saúde do enfermeiro depende do uso das dimensões objetivas e subjetivas, e que as medeiam são tecnologias em saúde conceituada por Rocha et al (2008) como “...não apenas algo concreto ou palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde”.

Merhy & Franco (2008) discorre que a tecnologias se subdividem em três categorias: os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves) (MERHY; FRANCO, 2008).

As falas de E1, E2, E4, E5 e E6 corroboram para inferir que seu trabalho no CnaR se constrói através de estratégias no uso de tecnologias relacionais (ditas leves) que garantem a continuidade do processo de trabalho com a escuta e o vínculo do usuário. Cardoso (2018) mostra que o sucesso terapêutico, a adesão ao tratamento e a mudança de hábitos que influenciam no autocuidado, surgem a partir das relações de confiança entre Usuário-Enfermeiro (CARDOSO, 2018).

Os enfermeiros entrevistados aportam a importância da relação de vínculo e confiança para promover o cuidado:

E4: “[...] Então acho que confiança é o ponto primordial acho que a parte prioritária dentro do cuidado, de passar confiança, vínculo, e mostrar que você tá aberta também pra receber deles e não só de ficar falando, falando, falando, falando, não falando nada às vezes, né? Acho que vínculo é a maior coisa é a maioria estratégia”.

E5: “Criar vínculos na consulta de pré-natal facilitou cuidar da gestante e do seu parceiro. [...] Eu perguntei pra eles se eles iam ficar realmente naquele lugar. Ele passou que não, estavam pensando em alugar umquinho. [...] E na sua consulta de pré-natal foi uma consulta muito assim de criar vínculo pra gestante não sumir. E deu certo porque a gestante continua com a

gente, ela até mudou de local avisou uma pessoa quando nós fomos ao local que ela ia informou onde ela estava agora”.

E6: “[...] assim, uma briga pra ela conseguir ficar internada no a Deus a gente conseguiu encontrar médicos, assistentes sociais e psicólogos que entenderam a necessidade de manter ela internada lá até a gente conseguir um hospital de longa permanência pra que ela conseguisse concluir o tratamento dela internada. E essa manutenção é através de visitas no hospital onde ela está, porque se a gente não for ela não fica”.

A visita do enfermeiro em instituições hospitalares como supracitada por E6 é parte de sua atribuição e também de toda a equipe. O vínculo criado com o paciente contribui para esta permanência dentro da instituição. Colabora assim, muitas vezes para o paciente concluir o tratamento e não evadir-se da instituição de saúde. Soares (2022) em seu estudo recente destaca a importância do vínculo para o cuidado ao analisar o perfil e as produções dos pesquisadores de enfermagem sobre o tema Consultório na Rua, o autor aponta que o vínculo terapêutico é uma temática transversal a todas as ações realizadas pelo enfermeiro no CnaR. Este vínculo acontece com acolhimento e escuta ativa, rompendo com as relações de poder entre o enfermeiro e indivíduo ou coletividade que está sendo cuidada. (SOARES et al., 2022).

Kami (2016) e colaboradores classificam o vínculo como saberes instrumentais para a promoção do cuidado a pessoa em situação de rua. Outros artigos abordam o vínculo entre o profissional e paciente como importante ferramenta relacional para cuidar da pessoa em situação de rua (PINTO et al. 2018; KAMI et al 2016; CARDOSO, et al, 2018).

Nos diálogos são notórias a sensibilidade e a humanização no cuidado ofertado como cerne para promover o cuidado à pessoa em Situação de Rua. Teixeira (2004) propõe técnica de conversação denominada “Acolhimento Dialogado” que ocorre nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas. (TEIXEIRA, 2005).

Já na Política Nacional de Humanização o “Acolhimento” é dimensionado como uma diretriz importante com o objetivo de propor uma postura ética que visa o foco na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde e adoecimento, na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Todavia, a classificação de risco para a PSR deve andar lado a lado com o princípio de equidade no cuidado, porquanto as demandas de saúde, sociais e a vulnerabilidade

deste grupo superam as demandas dos indivíduos que não estão em situação de rua (BRASIL, 2012a).

A assistência em saúde prestada às pessoas em situação de rua requer muitas vezes uma abordagem multidimensional que vai desde a prática de realização de um simples curativo, em que o enfermeiro analisa qual a autonomia do paciente para retornar ao consultório para realizar o curativo novamente, ou se irá se alimentar adequadamente para promover uma cicatrização, se possui outras doenças associadas que podem desacelerar a cicatrização; orientação e dispensação de medicamentos de uso contínuo; a busca ativa do paciente para realização do DOT's no território; administração de medicamentos de anticoncepcional; distribuição de outros insumos de higiene. Isto é, apontado pelos enfermeiros como das muitas dimensões selecionar como cuidado:

E1: “[...] uma das minhas principais funções aqui é mediar, é organizar, é planejar, a gente tem o planejamento da rotina semanal”.

E1: “[...] curativo são bem diferenciados [...] as coberturas muito bem analisadas porque você vai marcar com a paciente você não vai encontrar então ele não pode ficar com a cobertura que fique mais dois, três dias porque aquilo vai ser uma né? Um ambiente não propício né? [...] a questão do curativo é uma questão muito complexa e diferenciada no consultório na rua [...]”.

E1: “A intenção do pelo menos da nossa equipe de consultório na rua é no olhar um cara que chega aqui e fala que fez uma lesão no pé e só eu vou olhar essa lesão. Porque atrás daquilo da população de rua a gente sabe que a mais complexa, né!? Aquilo ali vai aparecer uma pessoa, que nunca tomou nenhuma vacina, que teve rompimento familiar, que tem uma questão de saúde mental, então naquela consulta do enfermeiro cuidando de uma lesão ele vai tirar né? Aquele outro contexto que o que o paciente está precisando. Então você vai encaminhar ou compartilhar”.

E2: “A gente vai muito pra rua, fazer busca ativa, de sintomático respiratório. [...] A gente fala muito sobre o autocuidado, mesmo que seja um tema muito difícil, mas a gente fala muito sobre autocuidado”.

E4: “No território e detectam que naquele território está com muito sintomática respiratória, a gente vai lá, faz um mutirão de coleta de escarro, fez um mutirão de coleta de escarro, se algum deu positivo, a gente vai lá pra iniciar o tratamento.”

E6: “Prática de cuidar é articular banho para ele em alguma unidade de saúde.”

E5: “As Maiores demandas de cuidado são banho, higiene (autocuidado), busca por abrigo, busca por alimentação, retirada de documentos.”

Os enfermeiros e a sua equipe têm sua prática voltada à prevenção, promoção e reabilitação de saúde consoante com a PNAB, no entanto, há

singularidades em sua prática, assim o contexto na qual as pessoas estão na rua é distinto aos que são domiciliados. Os enfermeiros E1 e E4 citam as linhas de cuidados prioritárias dentro do consultório na rua.

E4: “A gente tem as linhas de cuidado prioritárias, como a gente faz como eu falei que a gente faz esse cuidado, a tuberculose a gente, é porque assim tem uma dualidade muito grande sobre essas questões de doenças parasitárias, doenças, infecções sexualmente transmissíveis e essas outras questões, doenças crônicas no geral na real né? Eu acho que infecto parasitária é até OK porque a gente consegue tratar curar OK, mas agora as questões das linhas de cuidado prioritária que é o HIV, AIDS, sífilis, hepatites virais, hepatites crônicas, tuberculose, essas são doenças que demandam um cuidado prolongado”.

E1: “...tuberculose, então, nosso carro chefe, né sífilis, né? Eh HIV, planejamento familiar”.

Entretanto, os cuidados mais prevalentes dentro do consultório não podem ser realizados a partir do termo “Linha de Cuidado” porque este possui uma conceituação muito mais ampla. Oranje (2022) indica que o termo Linha de Cuidado pode ser entendido como o padrão técnico e organizado para determinar a oferta de ações de saúde no sistema e que deve ser utilizado abrangendo a integralidade na assistência à saúde e no cuidado. Neste caso deveria ter um documento de cunho interdisciplinar descrevendo ações preventivas, curativas e de reabilitação, focando no paciente a partir de abordagens interdisciplinares (ORANJE, 2022).

O Ministério da Saúde produziu documento intitulado Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua (2012), que lista os problemas clínicos mais prevalentes na população que vive em situação de rua: problemas nos pés; infestações (escabiose e pediculose); tuberculose; Ist's, HIV e Aids; gravidez de alto risco; doenças crônicas; álcool e outras droga e saúde bucal. O documento explana as causas e algumas ações para lidar com os problemas, porém não traz aprofundamento em ações interdisciplinares e/ou intersetorial necessárias para cuidar da pessoa em situação de rua. Já a rede municipal de saúde do Rio de Janeiro produziu em 2017 um documento chamado “Diretrizes Norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro”, que cita atitudes para trabalhar com as pessoas em situação:

Suas ações são voltadas para a orientação e cuidado integral à saúde, principalmente em relação às doenças crônicas transmissíveis (tuberculose, IST, HIV/AIDS, hepatites virais, sífilis, dermatoses, dentre outras) e não transmissíveis (hipertensão, diabetes, câncer, dentre outras), ao acompanhamento pré-natal e questões relacionadas à saúde mental, ao

uso de álcool e outras drogas lícitas ou não. Além de realizar o acompanhamento em todas as linhas de cuidado descritas na Carteira de Serviços da Atenção Primária da SMS-RJ para crianças, adolescentes, adultos e idosos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO; ., 2017).

Todos estes documentos, manuais ou normas podem levar ao equívoco de serem prescritivos e normativos sem levarem em consideração a singularidade e as insuficiências do serviço prestado a este grupo.

3.3. Categoria II: Fatores que influenciam nas práticas do cuidado do enfermeiro do consultório na Rua

A categoria II busca aduzir os fatores que causam facilidades ou desafios na prática do cuidar no Consultório na Rua. Apesar da implementação do primeiro Consultório na Rua ter mais de uma década no município do Rio de Janeiro, nem todos os dispositivos possuem as mesmas estruturas de apoio que tornam o cuidado mais complexo. As estruturas e organização de apoio no cuidado são elementares para resolutividade das demandas trazidas pelos indivíduos. Algumas estruturas possuem um distanciamento físico-operacional e relacional demasiado com o consultório na rua. A categoria foi desmembrada em subcategorias para melhor discussão.

3.3.1. Fatores que facilitam a prática do cuidado no Consultório na Rua

Os fatores que facilitam o cuidado são associados ao reconhecimento do funcionamento do dispositivo pelos profissionais da Unidade de Saúde onde está localizado o Cnar. O vínculo e o acolhimento das pessoas em situação de rua reforçam a importância do protagonismo do usuário e da interdisciplinaridade, bem como o trabalho em rede intersetorial.

E6: “A clínica como um todo apoia os cuidados da pessoa em situação de rua”.

E3: “Como a gente tem a van que eu acho que nem todos os consultórios têm uma van, um carro, alguma coisa, a gente leva, a gente tem a facilidade. Então, a Van, ela é uma um motorista do parceiro, então, por exemplo, se eu precisar fazer um curativo dentro da van por algum motivo se eu precisar fazer o pré-natal, escutar um bebê, verificar a pressão tudo, eles sentam ali, a gente consegue fazer, tudo consigo fazer. Eh o pré-natal você consegue fazer na Van. [...] . Colho sangue, teste rápido, tudo a gente tem tudo articulado. [...] Sim, a gente tem a Van que é uma van normal, que eu adapto pra atender. É uma van que a gente possa atender dentro, mas a gente faz normal”.

E6: “Facilitador no cuidado apoio instituição de saúde com paciente que usam álcool e outras drogas apoio CAPSad e/ou CAPS.”

A articulação com os prestadores de serviço é primordial para a continuidade do cuidado. A pactuação quanto a extensão do horário de entrega de material biológico ao laboratório reconhece as dimensões territoriais e demanda extensa do consultório na rua.

Uma ferramenta utilizada pelos enfermeiros para gestão de integralidade, coordenação e continuidade do cuidado ao paciente é a ferramenta de gestão de cuidado chamada Matriciamento ou apoio matricial (AM). Este ocorre como novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada, cria uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (SILVA; TAVARES, 2022; COHEN; CASTANHO, 2021).

Esta ferramenta muito utilizada pelo Nasf e pelas estruturas de Saúde Mental (CAPS/CAPS AD) vai na contramão dos métodos tradicionais de encaminhamentos, referência, contra referência, protocolos e centros de regulação que se configuram como métodos mais rígidos e burocráticos, e possuem um grande risco à pessoa em situação de rua com baixa autonomia dentro desta rede burocrática que pode se perder da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, assim, ficar desassistido (SILVA; TAVARES, 2022). O Matriciamento ou Apoio Matricial se faz presente dentro CnaR, evidenciando como uma corresponsabilidade na gestão deste cuidado.

Nas entrevistas os enfermeiros apontam como funciona Matriciamento do CnaR com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde:

E2: “[...] a gente sempre tem reunião fazendo matriciamento e construindo PTS”.

E2: “Mas a gente faz isso também de forma informal tipo uma roda de conversa, um bate-papo pra fazer esse matriciamento e aí nessa conversa a gente coloca como que a gente trabalha e que a gente precisa da parceria deles pra longitudinalidade do cuidado.”

E4: “[...] a gente vai lá pra iniciar o tratamento, quando é muito distante daqui a gente acaba tentando costurar isso o máximo possível junto com a estratégia.”

De acordo com o Guia prático do Ministério da Saúde, o Matriciamento funciona como uma retaguarda especializada da assistência promove também suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (SILVA; TAVARES, 2022). Nesta perspectiva, o CnaR pode funcionar como equipe matriciadora no cuidado e seu cuidado compartilhado com a equipe de estratégia de saúde se conforma como equipe de referência do cuidado. A lógica usual seria um fluxo de equipe de referência para a equipe matriciadora. Não obstante, observou-se um movimento importante dos enfermeiros no consultório para vincular as pessoas em situação de rua a unidades de saúde mais próximas do seu território de vivência e sobrevivência. A continuidade deste vínculo entre unidade de referência e usuário dependerá das experiências anteriores com os serviços da estratégia da saúde, distanciamento territorial, condições físicas para deslocamento.

A disponibilidade em tempo integral da Van ou carro para mobilização da equipe se destaca como fator que contribui para o processo de trabalho desenvolvido pela equipe. O território que a equipe atende é extenso, ou seja, têm equipes responsáveis por uma Área Programática, onde se estende por um longo território, e se desloca com facilidade sendo importante para garantir o acesso destas pessoas no contexto de rua. A disponibilidade integral é dada como fator positivo:

E6: “O veículo que está disponível pra gente eh praticamente durante todos os turnos que a gente está. O que é a Van, que tem quinze lugares.”

E4: “É, o que a gente tem aqui é uma van que eu acho que comporta bem a equipe.”

A articulação do enfermeiro com as instituições de abrigamento/albergues foi abordada como facilitador nos cuidados prestados aos moradores de rua, sendo que o enfermeiro pode prestar cuidados ao indivíduo já vinculado ao CnaR. A distribuição de insumos, material de higiene e alimentos são citados como uma atribuição da prática do cuidar do enfermeiro no consultório na rua:

As falas dos enfermeiros dentro CnaR condizem com suas atitudes diárias, além do fornecimento do cuidado de saúde irrestrito, a equipe multiprofissional distribui insumos parte fornecidos pelas Organização Social de Saúde (OSS) e parte de doações pela comunidade ao redor do serviço como insumos de cuidado (barbeador, absorvente, roupas e outros) e alimentos.

O apoio do terceiro setor e sociedade civil também corrobora com a disponibilidade de insumos como refeição, lanche, roupas, material de higiene entre outros. As ONG's, associações, igrejas, civis e mercados e empresas disponibilizam os insumos para o CnaR realizar a distribuição para essas pessoas:

E5: “Mas tem até um chama Gastromotiva que eles fazem... almoço, né? Tem entrada, prato principal e sobremesa. Mas se eu não me engano são três vezes por semana e é exclusiva pra pessoa em situação de rua”.

E4: “Às vezes você ofertar um barbeador para um cara que tá muito tempo sem fazer a barba é um cuidado em saúde assim pra ele é nossa ele ganha o dia, sabe? Eu ofereço um absorvente pra uma menina que usa miolo de pão que usa algodão dentro do canal vaginal é um cuidado em saúde gigantesco, a gente ainda consegue algumas doações com a ajuda do Terceiro Setor e da Sociedade Civil”.

E2: “...a gente conseguiu eh uma parceria aqui na comunidade pra de vinte quentinhas em um local e mais cinco quentinhas em outro local. Eh na igreja essas cinco, só esquece, só as quintas. E aí a gente tem esse número de vinte pessoas que vem aqui buscar, né eh se alimento e às vezes esse é o único alimento que a pessoa faz no dia”.

A disponibilidade de insumos fomenta a promoção de cuidados e autocuidado, uma vez que muitas pessoas não possuem recursos financeiros para aquisição deste. Outro programa prioritário dentro do dispositivo CnaR é o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuário de Álcool e outras drogas, o programa traz a proposta de ampliação do acesso ao tratamento e a promoção do direito à cidadania com abordagem na redução de danos. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

O uso de substância ilícita e lícita aparece frequentemente nos estudos com pessoas em situação de rua. O trabalho de Zamdomingo & colaboradores (2020) afirma que o uso da droga além de potencializar a vulnerabilidade da pessoa em situação de rua, também é um fator que contribui para barreiras no acesso aos serviços de saúde. (ZANDOMINGO et al., 2020). Apesar do uso de substâncias psicoativas acontecer entre pessoas de diferentes classes sociais, há uma forte

correlação no imaginário social entre marginalidade e “ser” ou estar na rua ao uso de drogas(SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

As práticas educacionais na redução de danos é uma estratégia que busca mitigar os problemas de saúde causados por abuso de substâncias químicas. Podem ocorrer capacitações na secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro no escopo de Redução de Danos. Nas ruas estas atitudes para com o usuário rompem a barreira de estigmas e culpabilização, leva a lógica de uso consciente e não compartilhamento de matérias evitando assim aumento dos indicadores de doenças infecciosas transmissíveis e impactando na saúde mental destes usuários:

E4: “Pra mim, no meu território ter profissionais que saibam trabalhar com a perspectiva de redução de danos, assim como profissionais formados em saúde mental também facilita muito o processo de trabalho, isso facilita muito, redução de danos muito mais que é um território de muita cena de uso de substância. Então trabalhar na perspectiva de redução de danos é um dos pontos principais”.

E4: “Então, o que facilita ter uma equipe multiprofissional que já foi, né? Outro ponto que facilita é a gente ter Agentes Sociais de Saúde, Agentes que são territoriais que tão no território o tempo todo e que conhecem bem o território, que sabe fazer bem o trabalho de redução de danos, acho que isso facilita muito a entrada nos territórios, né? Os Agentes Sociais tão ali com um papel primordial assim pra o acesso pra gente ter vínculo, pra gente conquistar território, né?”

O território onde ocorre boa parte da atuação dos enfermeiros está circunscrito por múltiplos contextos de violências, além de áreas em que há intenso tráfico de drogas e cenário de uso, porém a equipe de Consultório na Rua, normalmente, não encontra resistência em prestar cuidados nestes espaços.

3.3.2. Fatores que desafiam a prática do cuidado no Consultório na Rua

Após uma década de existência em todo território brasileiro o Consultório na rua vem se configurando como uma Porta de Entrada para os invisibilizados socialmente. Este dispositivo de cuidado no cenário da Atenção Primária à Saúde se revela como camaleão ao se adaptar as múltiplas realidades de vidas que as pessoas levam na rua.

A equipe multiprofissional e intersetorial se faz itinerante em busca das paisagens socioculturais de cada território sejam elas de caráter: geográfico, cultural, existencial, profissional, disciplinar; são realidades que desafiam a normatização cotidiana e tradicional do próprio sistema de saúde universal do Brasil, a problematização dos modos de produção de saúde e a necessidade de olhar para além devido à heterogeneidade desta população criam desafios a serem superados (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O Consultório na rua é um dispositivo clínico de cuidado considerado juvenil dentro da Rede Atenção à Saúde, neste tópico aborda sobre fatores que desafiam a prática do cuidado neste dispositivo. A partir do levantamento das entrevistas foi identificado que o compartilhamento de equipamentos usados entre equipes, que facilitaria o cuidado, como veículo de transporte, limitam a realização de algumas ações por não estar disponível em tempo integral para a eCnaR, como evidenciado na fala dos entrevistado:

E2: “a gente tem um carro e é até grande acho que cabe sete pessoas que ainda assim atrás, [...] de segunda a sexta com a gente menos quinta e terça e quinta que está no outro dispositivo que é o dispositivo da assistência social.”

E6: “Alguma coisa então hoje a gente ainda não tem uma política de drogas que seja eficaz pras demandas dessa população, por exemplo, lugares de uso seguro seria uma coisa bem interessante”.

E6: “falta de suporte então uma procura né?! Por lugares de desintoxicação. Né? Que às vezes o paciente vem com essa demanda de querer deixar as drogas. Que é uma demanda que a gente não consegue dar conta, né?! Através das estruturas que a gente tem. Então acho que a gente precisava muito desse apoio. E que tivéssemos fluxos. Através de políticas públicas que privilegiassem eh ao que permitisse ao usuário quando ele desejasse sair da questão da droga um tratamento eficaz pra isso né tivesse alguma política pública que pudesse que ele pudesse ser inserido, que gerasse renda, entendeu? Que ele tivesse condições de ingressar numa moradia a ele uma estrutura, né? Ela é emocional e estrutural também de poder manter uma casa, né? Que pra muitos é um desejo.”

No Brasil existem ações de saúde voltadas à Redução de Danos, que é um conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso. O enfermeiro dentro do consultório na rua trabalha na promoção da Saúde e orienta com intuito de proteger, o usuário de drogas até de infecções transmissíveis e orientação para consumo reduzido de drogas.

Em países do exterior, já há salas de uso segura chamadas “sala de shoot” onde tem supervisão médica durante o uso, ou salas chamadas de “Skyen” que são salas de consumo mínimo de drogas, locais como estes existem no Canadá, Estados Unidos, Dinamarca e outros.

Projetos que poderiam acolher estas pessoas em situação de rua após tratamento, como levantado pelo enfermeiro E6 já tem no Brasil como projeto piloto, o “Housing First”. No Brasil denominado “Primeira Moradia”, em outros países do exterior como Bélgica, Espanha, França, Irlanda, Itália, Países Baixos, Polônia, Portugal e Suécia, este programa já é estruturado e articula o programa Housing First a outras Políticas Públicas Sociais e de Saúde.

A ausência de profissional odontólogo que está relacionado como profissional componente da eCnaR nas Modalidades II e III. As demandas pelo profissional dentista são acolhidas pela Estratégia de Saúde da Família, no entanto, ainda não suprem as demandas do CnaR.

O Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua trás entre as prioridades a serem trabalhadas no CnaR, para promover assistência a este grupo o manual reconhece a especificidade e a demanda da população em situação de rua, a equipe de Saúde Bucal (ESB) em conjunto com o técnico em saúde bucal (TSB) têm a responsabilidade de abordar a provisão de cuidado clínico, também as necessidades preventivas de seus pacientes (BRASIL, 2012b).

Contudo, ao entrevistar os enfermeiros dos seis consultórios nenhum deles possuem em sua equipe um profissional da odontologia e reconhece que é uma necessidade do serviço. Para promover saúde e acesso a estes serviços, os enfermeiros e a equipe acabam pactuando as suas demandas com os serviços de referência ESF ou Nasf.

E4, E6: “Falta de profissional de odontologia na equipe, o fluxo com o serviço ainda não é bem amarrado.”

E1: “Nas Unidades de Saúde (x) também a gente tem dentista, terça-feira posso marcar três por dia.”

E5: “a gente não tem um dentista, mas os dentistas daqui atendem as demandas que se encontram com os nossos usuários”.

Estas estruturas de apoio ao cuidado à equipe multiprofissional colaboram com a resolutividade das demandas do Consultório na Rua, porém há ausência destas estruturas em alguns CnaR, um exemplo CAPSad que fornece serviços para

cuidado de pessoas usuários de álcool e outras drogas, não estão presente em todos o CnaR. A atuação do enfermeiro na Redução de Danos no consultório na Rua faz parte sua atribuição, todavia a abrangência território de cada consultório é demasiada e a demanda de saúde frente a isto é enorme, a presença de estruturas especializadas como CAPSad é primordial neste dispositivo do cuidar.

Ao serem perguntado a respeito da estrutura que sente falta no CnaR, a resposta foi o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) expõe a necessidade de ter o Caps e CapsAd em seu território, por conseguinte reconhecer a alta demanda em manejar em conjunto alguns atendimentos de saúde mental e uso de substância ilícitas, e o trabalho na construção de Planos Terapêutico Singular nestes casos trariam maior resolutividade.

Outros fatores apontados como desafiadores, de acordo com E4 é o espaço reduzido dentro da estrutura física que estão alocados. A necessidade de um transporte adaptado para a realização de procedimentos foi explícito na fala de E1, E2:

E1: “Eu acho, a gente fala que a gente queria ter uma van onde que tivesse banho, entendeu? Que outros consultórios eu acho mais do interior do Brasil tem, acho que no Rio de Janeiro não tem nenhum. Que que eu saio do Rio de Janeiro, nem carro tem, né? Então eu posso nem reclamar. Mas já que falar, eu acho que o banho, o banho proporciona, assim, você sabe, né? Enfermeira, né? Aquele cuidado da higiene. Nossa, na outra vida, na outra vida. Você recupera a autoestima às vezes a gente pudesse ter um chuveirinho”.

E4: “Então, ter a ausência de alguns profissionais na equipe é um ponto, falta de espaço é outro ponto, falta de espaço físico, outro ponto é falta de uma van adequada pra ser feito o atendimento na rua também é um ponto de dificuldade, porque as vezes tem um usuário na rua que ele não tem um espacinho pra fazer um teste rápido. Então, assim, ter uma van adaptada ajudaria muito”.

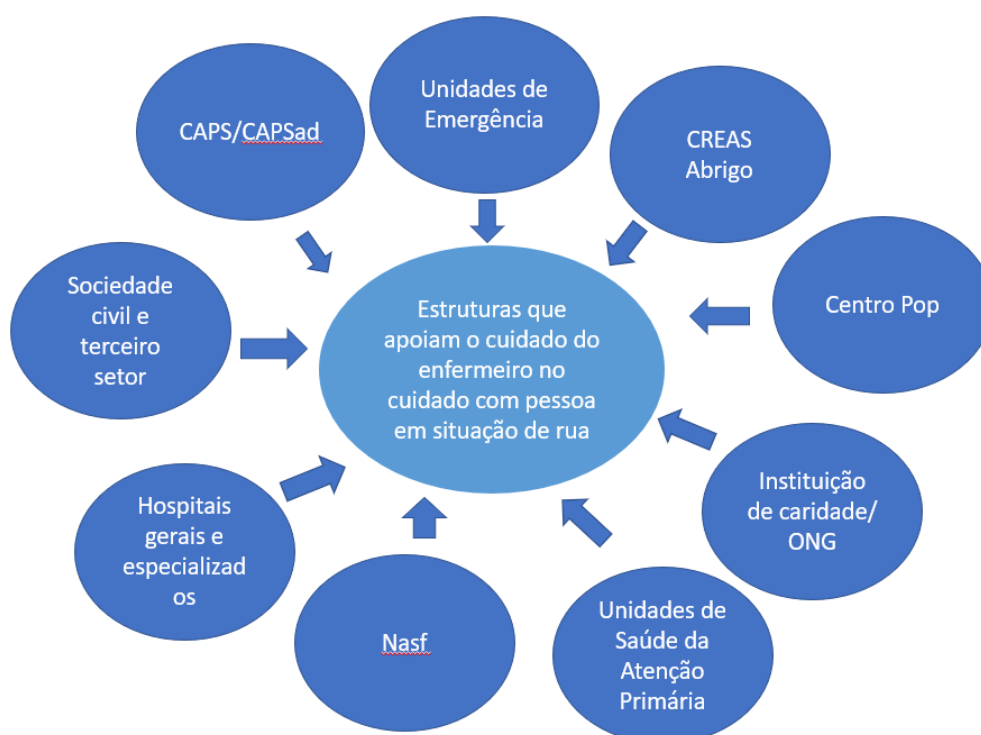
E2: “A Van que é uma van normal, que eu adapto pra atender... A van não é o consultório, a gente faz ela de consultório...”

3.4 Categoria III: Relações entre a Equipe Multiprofissional, usuários e Estruturas de Apoio Intersetorial

De acordo com o Censo do Data.Rio 2016, com dados obtidos do DataSUS e SMS do Rio de Janeiro (2016), as estruturas de Saúde que atendem o município do Rio de Janeiro são 326 estabelecimentos de saúde distribuídas em: Unidades de Atenção Primária dentre elas - Clínica da Família (CF), Centro Municipal de Saúde (CMS) e Centro de Saúde Escola (CSE) são 229 no total; Policlínicas são 9 unidades; Hospitais são 23 unidades; 7 maternidades; Unidades de Pronto Atendimento (UPA/CER) 20 unidades; Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) 32 unidades; Reabilitação 3 unidades; Institutos de Apoio 3 unidades.

Por meio das entrevistas foram identificadas estruturas que apoiam e compartilham a gestão do cuidado da pessoa em situação de rua, conforme diagrama de sistema de apoio. Nos territórios existem instituição de caridade informal de cunho religioso ou não, que apoiam este cuidado. E nem todas as estruturas estão presentes em todos os Consultórios na rua.

Diagrama - Estruturas que apoiam o cuidado do enfermeiro com as PSR, no município do Rio de Janeiro



Fonte: A autora, 2022.

A uniformidade dessas estruturas da rede Atenção à Saúde poderia compor cada consultório na rua, para maior resolutividade dos problemas. Esta categoria

traz um olhar sobre as relações do Usuário-Equipe Multiprofissional Estruturas de Apoio, e como se dão as articulações entre este trinômio.

Corroborando com apontamentos dos autores sobre os estigmas e preconceitos dos profissionais da saúde funcionam como uma barreira no acesso aos serviços de saúde, as concepções morais sobre o uso de álcool e droga, o julgo das condições precárias de vida das PSR expõem-nas a diversas situações de risco, à medida que as vulnerabilidades se sobrepõem e configuram em dificuldade no acesso aos serviços de saúde. (VALLE; FARAH, 2020, ZANDOMINGO et al., 2020). Na entrevista os enfermeiros discorrem que:

E4: “Alguns profissionais de saúde têm um olhar de estranhamento e julgamento para a pessoa em situação de rua, isso dificulta o acesso deste paciente numa clínica da família”.

E2: “Dentro de Unidade de saúde o morador de rua sofre invisibilidade ou hipervisibilidade pelos profissionais de saúde e outros usuários, que dificulta fornecer o cuidado a ele”.

E5: “[...] assim a questão da ambulância como eu já falei algumas emergências e de como a rede se comunica. Teve uma situação foi na minha primeira semana aqui ah a usuária que estava tendo uma crise socorri e ela ainda mal já tinha passado a convulsão, mas estava naquele período sonolento e tudo mais e foi quando a ambulância chegou do SAMU e ao médico olhou na minha cara nem examinou a mulher que estava no chão, veio antes outras pessoas do SAMU de moto avaliaram chamaram a ambulância, aí ele (socorrista) olhou na minha cara e falou assim se a caso social não vou levá-la”.

E4: “Então, isso não é um problema, agora, uma questão que a gente tem é vaga zero. Isso é uma questão muito grande que a gente tem, porque muitas vezes são encaminhadas pra Unidade de Pronto Atendimento, pras UPAs, né? E essas UPAs às vezes nem olha pro paciente, nem olha pro usuário e manda embora e eu tenho um exemplo de um usuário, por exemplo. [...] E aí, por exemplo, uma usuária com Insuficiência Cardíaca Congestiva grave que foi pra UPA em Anasarca, já com edema generalizado, eles deram uma dipirona e mandaram ela embora [...]”.

As barreiras no acesso à pessoa em situação de rua em alguns estabelecimentos de saúde refletem num acolhimento precário, burocratização do acesso, ausência de apoio para adesão ao tratamento e recuperação, exigência de documentação para atendimento, sendo que existe a Lei 13.714 de 24 de Agosto de 2018, na Esfera Federal que já garante o atendimento pelo SUS, inclusive dispensação de medicamentos e insumos de saúde, sem a necessidade do documento de identificação.

Pinto e colaboradores 2018 apontam ainda há necessidade de maior qualificação dos profissionais em toda a Rede de Atenção e inserção de tema de acolhimento às pessoas em situação de rua (PINTO et al., 2018; BRASIL, 2018a)

Dentro das Rede de Atenção à Saúde (RAS) o princípio de equidade é essencial na prestação de serviços a pessoa em situação de rua, e que ações normatizadas para população ESF requer adequações e para atender as peculiaridades dos serviços fornecidos.

E3: “Pactuação de entrega de exames coletados na rua em horário estendido e com prioridade.”

E6 e E4: “entendimento dos farmacêuticos que a eCnaR necessita de ficar algumas medicações para realizar distribuição para tratamento e ou até administração deste.”

4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo foram referentes à entrada no território, onde estava localizada a base do Consultório na Rua, devido a conflitos constantes entre policiais e facções e/ou milícia, as entrevistas eram reagendadas com os enfermeiros constantemente, o que atrasou a coleta de dados.

Outra limitação do estudo foi em relação à mudança de profissionais enfermeiros dentro do consultório na rua e férias. O estudo propôs em captar ao todo sete enfermeiros, no entanto devido a estas questões foram possíveis apenas seis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs a compreensão sobre as práticas e estratégias dos enfermeiros que compõem a equipe de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro.

A peculiaridade deste dispositivo em saúde especializada em atendimento às pessoas em situação de rua dentro do nível básico da atenção (APS), conta em seu processo de trabalho com uma equipe multiprofissional, atuando nas dimensões de social, psicológica e biológica do indivíduo e sua coletividade. O estudo apontou a importância das ações compartilhadas de cuidar intersetorial na construção de PTS e atuação como matriciador do cuidado dentro do território onde a equipe está inserida.

Através do CnaR a continuidade do cuidado se estende no acompanhamento dos enfermeiros e sua equipe, nas internações em instituições hospitalares especializadas. Este movimento mostrou-se importante para indivíduos que muitas vezes em situação de fragilidade em suas relações sociais e/ou até rompimento familiar, encontram apoio para continuar seu tratamento. O compartilhamento dos saberes e das singularidades de cada indivíduo, transmitidas de forma ética dos profissionais do CnaR para os profissionais da instituição hospitalar, fomenta melhores práticas em saúde com diálogos e pactuação com indivíduo.

A prática de cuidado do enfermeiro e as estratégias para continuidade do cuidado está baseada na criação de vínculo através do acolhimento e escuta qualificada. O arcabouço do Consultório na Rua ao longo de uma década de existência é fortalecido e preconizado pela PNAB (2017), suas ações soma-se às forças de outras políticas públicas assistenciais, formando assim dentro da Rede Atenção à Saúde uma referência de cuidados e acesso aos serviços públicos para pessoas em situação de rua.

Observa-se o rompimento com a lógica institucionalizante na busca de promover saúde e prevenção de agravos. O caráter itinerante importante para alcançar as pessoas que estão distantes das unidades de saúde físicas (ESF/UBS/CMS/UPA/CER), a barreira geográfica é fator pertinente na vida das

peessoas em situação de rua, pois muitas vezes o seu território de vivência e sobrevivência se distancia de estrutura de cuidado.

Nos períodos de observação nas consultas dos enfermeiros, percebi que a procura por cuidados com o corpo é uma demanda grande, contudo as estruturas de estabelecimentos de saúde não fornecem locais adequados para banho/higiene, as estruturas como Centro Pop não estão dispostas em todos os territórios do CnaR e o serviços prestados por este dispositivo também são limitados. Outras estruturas de abrigo possuem caráter burocrático e também se encontram em bairros distantes do centro urbano e de outros CnaR.

A dinâmica de cuidado com construção de itinerários de cuidado em saúde, junto a uma equipe multiprofissional, expõe que as necessidades em saúde transcendem ao cuidado do corpo físico, evidencia os diversos determinantes sociais que atravessam recorrentemente o processo saúde-doença desta população heterogênea que vivem em situação de extrema vulnerabilidade.

A prática de cuidado do enfermeiro dentro do CnaR relatada neste estudo reverbera a compreensão do que é cuidado em saúde nas dimensões bio-psico-social-ambiental.

A prática de matriciamento de cuidado em saúde vem se tornando uma estratégia de saúde para lidar com a grande demanda e fornecer acesso à saúde em outras unidades de saúde. Este método está cada vez mais presente dentro dos CnaR onde são compartilhados o cuidado em saúde e social entre RAS (dentro da própria atenção primária ou Secundária e Terciária em Saúde) e outros setores da Assistência Social.

O momento histórico e social na qual esta pesquisa foi idealizada e construída coincidiu com o final de um período de emergência de saúde mundial com Covid19, onde houve grande movimento em universidades, institutos de pesquisa e Ministério da Saúde para atenuar as graves negligências governamentais de desinformação que ficaram evidentes. A pesquisa não foi elaborada com a perspectiva de olhar para o período pandêmico, mas ele acontecia enquanto elaboramos este trabalho e impactou diretamente nas práticas de saúde.

O panorama do Brasil em 2020 e 2021 era de alta mortalidade da doença no Brasil e a resposta lentificada do governo para aquisição de insumos e organização de fluxos de cuidados para quem estava doente. Entre os cidadãos inviabilizados

moradores de rua o jargão governamental: “fique em casa”; “lave as mãos”; “use máscara”; “mantenha distanciamento de segurança entre as pessoas”, não reverberou nos ciclos de vivência nas ruas era algo utópico, as respostas na disponibilidade de auxílio financeiro demorou para que tinha como o algoz a fome e dos poucos trabalhos informais nas ruas.

Outro fator que aumentou a iniquidade em saúde é não ter um censo de organismo federal para saber com exatidão quantas pessoas estavam em situação de rua, o que tínhamos é uma estimativa do organismo público ligado a prefeitura municipal o Data.Rio, os dados censitários mais preciso poderia, por exemplo dimensionar quantas vagas de abrigos eram suficientes para fornecer o mínimo para estas pessoas ou estruturar equipes para vacinação e testagem em massa nas ruas. A equipe do Consultório na Rua inquestionavelmente promoveu cuidados, acolheu, forneceu além de insumos a escuta qualificada respeitando o outro e trabalhando com alteridade e equidade. Na fala dos enfermeiros do CnaR percebe -se que o público a ser cuidado vem aumentando e o quantitativo de consultórios e abrangência do serviço vem aumentando.

Uma limitação apontada pelos próprios enfermeiros é o desconhecimento da população em situação de rua no período noturno, que difere da população diurna principalmente em grandes centros. De acordo com os enfermeiros são as pessoas que estão em situação de rua e que possuem trabalho informal e que usam a rua como morada à noite. O desconhecimento se esbarra também no conhecimento do perfil e as demandas sociais e de saúde que esta população possui.

A literatura científica ainda é muito escassa de estudos sobre as práticas e estratégia de cuidar no consultório na rua. É preciso fortalecer não só as políticas, mas também fomentar nas universidades e nos setores públicos que pessoas em situação de rua sejam cidadãos pleno de direitos.

A pessoa em situação de rua é uma situação que desafia pelo seu caráter heterogêneo, todavia o CnaR e as políticas públicas estão fornecendo inserção nos serviços públicos, dando cidadania e promovendo melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. DE; OLIVEIRA, W. F. DE. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [online]. 2017, v. 33, n. 2 [Acessado 2 Setembro 2022], e00196916. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-3611X00196916>>. ISSN 1678-4464.
- ACIOLI, Sonia et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica [Nurses' work with children with cancer: palliative care]. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, mar. 2015. ISSN 2764-6149. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338>>. Acesso em: 3 Agosto 2022. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.12338>.
- ALDRIDGE, R. et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. Inglaterra, v. 391, n. 10117, p. 241–250, 20 jan. 2018. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X.
- ALDRIDGE, R. et al. Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. **Wellcome Open Research**, v. 4, 2019. Mar 11;4:49. doi: 10.12688/wellcomeopenres.15151.1.
- ANDRADE, L. P.; COSTA, L. S.; MARQUETTI, F. . C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 23, p. p.1248-1261, outubro 2014 . <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400011>.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.
- BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 dez. 2021a.

BRASIL. **Decreto nº 7053**, 23 de Novembro de 2009. Dispõe Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. DF, 2009, 16p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas : Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. DF, Gráfica e Editora Brasil LTDA v. 3, p. 1–116, 2011.

BRASIL. Cadernos HumanizaSUS. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010., v. 2, p. 256, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013. 188 p. : il.; 26 x 21cm. ISBN 978-85-60877-46-1

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 13714**. 24 de Agosto de 2018a. Dispõe sobre a altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm>. Acesso em: 30 jan. 2023

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 580**, DE 22 DE MARÇO DE 2018. Publicada DOU Nº 135, segunda-feira, 16 de julho de 2018, seção 1, página 55, 22 mar. 2018b. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Site SMP – O que é? 2021 Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1950-6

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012^a. Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 19 abr. 2022

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas e testes em seres humanos. v. 66, p. 37–39, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Ministério da Saúde. **Norma Operacional CNS Nº 001/2013**. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, p. 1–17, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013d. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) ISBN 978-85-334-2019-9

BURSZTYN, M. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Garomand. Rio de Janeiro. 2003. 264 p. ISBN 85-86435-38-4.

CAMPOS, A. Homeless population: A view from interprofessional education to the non-visible. **Saude e Sociedade**. São Paulo. v. 27, n. 4, p. 997–1003, 2018.

CARDOSO, A.C. et al. Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo 2018;26:e3045. 7 p. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045>

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saude Publica**. Rio de Janeiro v. 34, n. 3, 2018.

SASSE, C.. **Recordista em desigualdade, país estuda alternativas para ajudar os mais pobres** . Senado Notícias. 12 de Março de 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/03/recordista-em-desigualdade-pais-estuda-alternativas-para-ajudar-os-mais-pobres>>. Acesso em: 3 dez. 2021.

COHEN, M. C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo. v. 25, 19 mar. 2021.

COLUSSI, C. F. C.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiuscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p. : il. color. (Série – Formação para Atenção Básica).

COUNCIL, H. R. General Assembly. **International Organization**, v. 23, n. 2, p. 363–557, 2020.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, M. R. F. DA; PULGA, V. L. Educação Popular e Saúde

nos processos formativos: desafios e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 24, p. 1–15, 2020.

DATA.RIO. **CENSO DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 2020 | Dados Rio**. Disponível em: <<https://www.data.rio/apps/PCRJ::censo-de-população-em-situação-de-rua-2020-1/explore>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

DIAS, A. L. F. **Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil**. Relatório técnico-científico – Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2021 ISBN: 978-65-86750-01-0. Disponível em: <<https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FERREIRA, V. A.; ALCIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 18(4): 530-535, out.-dez. 2010.

FRIEDRICH, M. A. et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. Editora Atlas. 6 ed. ed. São Paulo: ISBN 10-8597012617.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, 1 jun. 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. **SciELO books**, p. 312, 1996.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Decreto nº47.736 de Agosto de 2021.pdf**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2007466/DECRETO+Nº+47.736+DE+24+AGOSTO+DE+2021.pdf>>

IBGE. **Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos**. Agência IBGE notícias. Editoria: Estatísticas Sociais. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>>.

IPEA. **Em 10 anos, redução da extrema pobreza foi de ao menos 63%**. Site. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta1/index.php?option=com_content&view=article&id=27000>. Acesso em: 14 jun. 2022.

KAMI, M. T. M. et al. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 50, n. 3, p. 440–447, 2016.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo. v. 18, n. 49, p. 251–260, abr. 2014.

MACHADO, R. W. G. População em situação de rua: uma análise das estruturas determinantes e condicionantes em torno dessa expressão da questão social. **Revista Serviço Social em Debate**. São Paulo, v. 2, n 1, p. 125–142, 2019.

MARQUES, R. M.; XIMENES, S. B.; UGINO, C. K. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 38, n. 3, p. 526–547, 1 jul. 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MINAYO, M. C. DE S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 407 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consultórios de Rua do SUS**. p. 48, set. 2010.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Diário Oficial da União, p. 37, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, M. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Site. Disponível em: <<https://a ps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 14 abr. 2023.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil**. Site. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) TT - Nota Técnica n. 73. **Nota Técnica / IPEA. Disoc**, v. 73, p. 13, 2020.

NERI, M. C. **Mapa da Nova Pobreza. Rio de Janeiro**, RJ – junho/2022 - FGV Social. 40p. (inclui anexo em separado com atlas de pobreza) Disponível em: <https://cps.fgv.br/MapaNovaPobreza>. Acesso em: 22 abr. 2023.

OLIVEIRA, M. A. DE et al. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 55, p. 1–7, 2021.

ORANJE, B.S. et al. **Linha de Cuidado Enfocando a Vulnerabilidade: Pessoas em Situação De Rua**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. 7p.
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c04>

PAULA, H. C. DE et al. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 71, p. 2843–2847, 2018.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde**. Site. Disponível em:
 <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

PINTO, A. H. et al. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Pernambuco. v. 12, n. 12, p. 3513–3520, 2 dez. 2018.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **CAPS**. Site. 2021. www.rio.rj.gov.br.
 Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

QUEIROZ, V. M. DE; EGRY, E. Y. S. Bases Metodológicas para a Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva, Fundamentadas no Materialismo Histórico E Dialético*. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília. V. 41, n. 1, p. 26–33, jan.1988.

RESENDE, V. DE M. R. A naturalização da miséria contemporânea: análise discursiva crítica de uma circular de condomínio. **Rev. Brasileira de Linguística Aplicada**. Minas Gerais, v. 8, p. 22, 2008.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 61, n. 1, p. 113–116, 2008.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington - United States, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798–1799, 1 ago. 2014a.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 30, n. 8, p. 1798–1799, 1 ago. 2014b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Equipes de Consultório na Rua, 2017**. Site. Disponível em:
https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POPULACAO_RUA/diretrizes_cnar_2016.pdf.

SILVA, F. P. DA; FRAZÃO, I. DA S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. , v. 30, n. 4, p. 805–814, 2014.

SILVA, L. F. DA; BEZERRA TAVARES, A. L. **Matriciamento em Saúde Mental** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. ISBN 978-85-89737-67-8.

SILVA, F. J. F.; FONSECA NETO, F. DE A. Efeitos da crise financeira de 2008 sobre o desemprego nas regiões metropolitanas brasileiras. **Revista Nova Economia**. Minas Gerais, v. 24, n. 2, p. 265–278, 1 maio 2014.

SOARES, H. H. et al. Análise do perfil e das produções dos pesquisadores de enfermagem sobre o Consultório na Rua. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v. 30, n. 1, p. e66110, 2022.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 3, p. 585–597, 2005.

TEXEIRA, C. F. DE S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 11–21, out. 2018.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. **Homelessness and human rights | OHCHR**. Site. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-housing/homelessness-and-human-rights>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

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**, v. 30, n. 2, p. 1–21, 28 out. 2020.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington - United States. v. 42, p. e170, 23 out. 2018.

VOLOCHKO, A.; KALCKMANN, S.; ANTENOR, S.;. Desigualdades e Iniquidades em Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**. Volume 12 - Número 2 - Agosto de 2010. p. 1809–7529 ISSN 1518-1812 / On Line.

ZANDOMINGO, M. N. P. et al. Pobreza , fome e abandono: representações da equipe de enfermagem sobre pessoas em situação de rua. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 73, n. Supl 1, p. 1–8, 2020.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 695–703, 2013.

APÊNDICE A – Carta Convite**CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA**

Prezado (a) Sr. (a)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Prática da enfermagem como prática social no consultório de rua: Um itinerário estratégico para cuidado da pessoa em situação de rua”. Você foi escolhido(a) por ser profissional de saúde que atua como enfermeiro (a) no consultório na rua da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa está sendo realizada pela enfermeira mestrande Maria de Fátima Barcellos Silva, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ), tendo como orientadora prof^a Dr^a Sônia Acioli docente do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ).

O objetivo deste compreender as práticas de cuidado do (a) enfermeiro(a) como práticas sociais desenvolvidas no consultório na rua considerando o contexto da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa. Está pesquisa é qualitativa, os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada utilizando o método de análise de conteúdo, a entrevista tem como escopo a prática do enfermeiro no consultório na rua. Sua participação é muito importante e é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Não haverá identificação dos participantes da pesquisa. A sua participação ocorrerá com autorização prévia do gestor da unidade e o período da entrevista será acordado para acontecer fora do horário que exerce atividades de assistência do (a) enfermeiro (a) que aceitarem participar da pesquisa. Os resultados deste estudo irão compor a tese de mestrado da pesquisadora Maria de Fátima Barcellos Silva. Caso aceite participar desta pesquisa, irei disponibilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido impresso.

Caso necessite de qualquer esclarecimento, pedimos entrar em contato conosco, a qualquer momento, pelo telefone (21) 997633665 ou pelo e-mail maria_fatimabs@hotmail.com. Teremos o prazer em prestar informações adicionais.

Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Prática da enfermagem como prática social no consultório na rua: Um itinerário estratégico para cuidado da pessoa em situação de rua

Local da entrevista e município:

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____ Código do participante: _____

Hora de início da entrevista:

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é intitulada como “Prática da enfermagem como prática social no consultório na rua: Um itinerário estratégico para cuidado da pessoa em situação de rua”. Você foi escolhido(a) por ser profissional de saúde que atua como enfermeiro (a) no consultório na rua da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa está sendo realizada pela enfermeira mestrande Maria de Fátima Barcellos Silva, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ), tendo como orientadora prof^a Dr^a Sônia Acioli docente do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ).

O objetivo deste compreender as práticas de cuidado do (a) enfermeiro(a) como práticas sociais desenvolvidas no consultório na rua considerando o contexto da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa. Esta pesquisa é qualitativa, os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada utilizando o método de análise de conteúdo. A entrevista tem como escopo a prática do enfermeiro no consultório na rua. Não haverá identificação dos participantes da pesquisa, na transcrição dos dados para o trabalho de monografia, os participantes serão identificados através do código individual e sequencial: E1, E2, E3, E4, E5, E 6, E7. Com isto manteremos o anonimato do participante.

Caso necessite de qualquer esclarecimento, pedimos entrar em contato conosco, a qualquer momento, pelo telefone (21) 997633665 ou pelo e-mail maria_fatimabs@hotmail.com. Teremos o prazer em prestar informações adicionais.

Objetivos da entrevista:

- Compreender as práticas de cuidado do (a) enfermeiro(a) como práticas sociais desenvolvidas no consultório na rua considerando o contexto da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro
- Mapear as práticas de cuidados desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam no consultório de rua;
- Identificar o contexto físico e organizacional para o desenvolvimento das práticas do enfermeiro no Consultório na Rua;
- Descrever as ações estratégicas para o desenvolvimento da prática do enfermeiro no consultório na rua considerando o modelo de Atenção de Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS CNAR

Dados pessoais:

- 1- Código do entrevistado*: _____
- 2- Gênero: () Mulher cisgênero () Homem cisgênero () Mulher transgênero () Homem Transgênero () Gênero Não Binário () Agênero

Dados profissionais:

- 3- Formação acadêmica: () Graduação () Pós graduação stricto Senso () Pós graduação latu senso () MBA () Doutorado () Pós Doutorado
- 4- Tempo de atuação como enfermeiro no Consultório na Rua: () 06 meses - 1 ano () 1 ano – 2 anos () mais 2 anos

***O código do entrevistado** será dado aleatório para manter o anonimato e confidencialidade do participante, na transcrição dos dados é apenas o código que constará na pesquisa. Os códigos serão dados em letra e número: E1 a E7.

PERGUNTAS SOBRE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CONSULTÓRIO NA RUA

- 1 – O que é cuidado para você na sua experiência no consultório na rua?
- 2 - Como você realiza este cuidado?
- 3 – Quais são as práticas de cuidado que você realiza no Consultório na Rua?

- 4 – Que ações você acha estratégicas na sua prática no consultório na rua?
- 5 – Existe alguma estrutura física ou alguma organização para a realização do cuidado no atendimento a pessoa em situação de rua? Precisa de algum recurso?
- 6 – A sua prática de cuidado envolve algum outro profissional da equipe de saúde? Como?
- 7– O que você acha que facilita o seu trabalho com a população em situação de rua? E o que dificulta?
- 8– Existe alguma coisa que você gostaria de falar sobre a sua prática que eu não tenha perguntado?

Horário do fim da entrevista:

Data:

Local:

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **“PRÁTICA DA ENFERMEIRO COMO PRÁTICA SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA: Um itinerário estratégico para o cuidado as pessoas em situação de rua”** conduzida por Maria de Fátima Barcellos Silva discente do Mestrado do Programa de Pós-graduação Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Orientada pela Professora Doutora Sônia Acioli do Programa de Pós-graduação Enfermagem da UERJ. Este estudo tem por objetivo compreender as práticas de cuidados desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam no consultório na rua, no município do Rio de Janeiro nos sete (07) consultório distribuídos pelas áreas programáticas.

Você foi selecionado (a) por ser enfermeiro (a) que integra a equipe de consultório na Rua no município do Rio de Janeiro. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder em entrevista um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e perguntas abertas referente a sua prática no consultório na rua. Sua participação não é obrigatória. Está entrevista será audiogravada para posteriormente ser transcrita na íntegra. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos para participar desta pesquisa existem, uma vez que, poderá trazer situações emocionais negativas acerca da atuação destes profissionais no Consultório na Rua, para tanto, o pesquisador neste momento, poderá optar por interromper a coleta de dados, procurando dar apoio emocional ao participante e retomando a entrevista assim que, o participante achar necessário.

Rubrica do participante

1 de 4

Rubrica do pesquisador

Outros possíveis riscos tomados de tempo do sujeito ao responder ao questionário, responder questões sensíveis, sentir cansaço, vergonha e desconforto. Neste momento o pesquisador poderá optar por interromper a coleta de dados e fornecer apoio emocional seja o ouvindo e dando um momento para que ele (a) se recompor. O pesquisador informará neste momento ao participante que este optar pode encerrar sua participação caso deseje ou continuá-la. Para ofertar privacidade e conforto será previamente acordado com participante e gerente da unidade saúde horário que não atrapalhe suas funções assistenciais e disponibilidade de uma sala reservada para coleta de dados, que não atrapalhe o funcionamento de outros serviços e que forneça conforto para o entrevistado. Estima-se o tempo médio de duração da entrevista de aproximadamente uma hora, estando de acordo com o princípio de não maleficência, para não causar prejuízo em suas atividades funcionais.

Quanto aos benefícios da pesquisa, espera-se compreender as práticas dos enfermeiros dentro da equipe de Consultório na Rua que é dispositivo é um potente para promotor de cuidado efetivo e singular e com resultados positivos para pessoas que moram nas ruas em situação de extrema vulnerabilidade. As contribuições deste estudo perpassam a academia e literatura científica, pois há poucos estudos sobre as práticas dos enfermeiros nesta modalidade da Atenção Primária à Saúde. Contribuirá para compreender as necessidades de saúde mais demandas por esta população e ajudará na promoção de ações de saúde e na construção de políticas públicas.

Sua participação na pesquisa não terá quaisquer compensação financeira e nem implicará em gastos para você. A participação é voluntária, isto é, qualquer momento você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O participante poderá desistir em qualquer momento do estudo. As despesas desta pesquisa são de inteira responsabilidade da pesquisadora, o participante da pesquisa não arcará com nenhum custo referente aos procedimentos do estudo.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso você se sinta prejudicado, o parágrafo IV.3, os itens (g) e (h) da Resolução 466/12 garante os direitos de ressarcimento e indenização (se necessário): "g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes"; e "h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa." Há também base na Resolução 510/16, no Artigo 9, nos itens VI e VII: "VI ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa".

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgadas em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação as considerações éticas serão tomadas levando em conta também a privacidade e o anonimato dos depoentes, enfermeiros participantes do estudo. No roteiro da entrevista o nome do participante irá constar e será substituído por um código dado ao participante forma aleatória posteriormente no corpo da dissertação só constará o código impossibilitando a identificação do participante mantendo o sigilo, só a pesquisadora e sua orientadora que terão acesso aos dados. Desta maneira, estes serão identificados através do código individual e sequencial: E1, E2, E3, E4, E5, E 6, E7. Na transcrição dos dados apenas estes códigos que serão colocados, afim de não identificar o participante. Com isto manteremos o anonimato do participante. Corroborando assim com o CNS Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 (item IV. 3. e) e CNS Norma Operacional nº 001/2013 (item 3.4.1 - 7).

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, em concordância com a Resolução CNS n 466 de 2012 (item XI f). Caso concorde em participar da pesquisa, assinale ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável da pesquisa.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo e a pesquisa, segue os contatos telefônicos e por correio eletrônico da pesquisadora responsável Maria de Fátima Barcellos Silva, tel: (21) 997633665, email: mariafatimabarcellossilva@gmail.com.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da instituição proponente que Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: coep@sr2.uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Pode entrar em contato também com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) que é comitê de ética da instituição coparticipante localizado na Rua: Evaristo da Veiga, n 16 – 4º andar – Sala 401 – Centro/ Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 – CEP: 20031-040 – Email: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE D - Síntese das unidades de Registro

Quadro 3 - Síntese das Unidades de Registro (contínua)

Código Unidade de Registro	Temas e unidade de Significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	Total UR
A	Cuidado perpassa a prática biomédica, de apenas o bem-estar físico, cuidado é um todo, é você ter um espaço que você possa sentir bem, ter uma boa alimentação, um lugar que você tenha uma integração com a rede.	1		2					3
B	Cuidar é amplo não se restringe a uma consulta e entrega de medicamentos, e deve ocorrer através da equipe multiprofissional de forma a promover a integralidade do cuidado.	1		2			2		5
C	Reunião de equipe onde é compartilhada a experiência de cuidado de cada paciente	1	1	3					6
D	Ao cuidar de uma queixa principal oportuniza uma escuta qualificada para outras demandas sociais e de saúde.	3	1	2	3	1			10
E	Principais funções do enfermeiro na equipe (mediar, organizar, planejar, reunir).	1							1
F	Todos os cuidados trabalhados na equipe de Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica são trabalhados no CnaR com algumas diferenças com misto de atenção psicossocial, atuando com linhas prioritárias (HIV; Tuberculose; IST's; Saúde Mental; Planejamento Familiar; Redução de Danos).	1			1		1		3
G	Acompanhamento do usuário em consultas/exame/tratamento regulado pelo SISREG.	2	1				1		4

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (continuação)

H	Prática do enfermeiro no Cnar requer uma visão ampla, prevendo as dificuldades de continuidade do cuidado com o tratamento de saúde.	1		1		1			3
I	Encaminhar para interconsulta com outros profissionais.	1	1		1				3
J	Equidade como princípio fundamental no cuidado devido as singularidades do paciente.	3			1				4
K	O enfermeiro cria rede de apoiadores e articula os cuidados nesta rede.	4		3	1		2		10
L	Facilitador no cuidado é a parceria com a rede de apoio NASF.	1							1
M	Ocorrem limitações de serviço de abrigamento e instituições hospitalares de apoio devido às altas demandas e vagas são insuficientes.		2	1			1		4
N	Visitas à pacientes em instituições de internação contribui para sua permanência devida vínculo com a equipe.	4	2	1			1		8
O	O enfermeiro oportuniza o atendimento quando aparece uma demanda e vê o usuário integralmente.			1					1
P	O vínculo e boa relação com usuário são facilitadores no cuidado.			1	1				2
Q	Promoção da saúde através de orientação sobre autocuidado.		1						
R	O objetivo do Consultório na Rua é garantir acesso ao cuidado à saúde na Atenção Básica e garantir cidadania junto a equipe multiprofissional.			2	2				4
S	É insuficiente as instituições ou locais de desintoxicação, e quando o paciente está sem usar drogas ele não encontra estrutura financeira e social para o usuário do consultório na rua.						1		1

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (continuação)

T	Necessidades mais políticas públicas para usuários de drogas como locais de uso seguro.						1		1
U	Equipe de consultório na rua é Matriciador do cuidado e compartilha o cuidado da pessoa em situação de rua com outras Unidade de Saúde.	1	1	4	3	1	1		11
V	Falta de profissional de odontologia na equipe, o fluxo com o serviço ainda não é bem amarrado.				2		2		4
W	É importante fornecer insumo de higiene é um cuidado em saúde.		2		2		1		5
X	Falta alguns insumos de higiene pessoal				2				2
Y	Há burocracia dentro da rede para realizar encaminhamentos.					1			1
Z	Há dificuldade no acesso e atendimento às pessoas em situação de rua em Unidades de Emergência				2	1			3
A1	Agentes Sociais com papel primordial no vínculo e no cuidado.	3		2	1	1			7
B1	Facilitadores no cuidado são Agentes Sociais capacitados com redução de danos.				2				2
C1	Apoio da CAP para estratégias de cuidados e resolução de problemas.	1		1	1				3
D1	Ao detectar a pessoa em situação de rua com tuberculose é realizado um mutirão de teste em local onde este frequenta.				1				1
E1	Falta de materiais para geração de cuidado como exemplo material para Redução de danos de álcool e drogas.				1				1
F1	Necessidade de uma Van adaptada para o cuidado e procedimentos.	2		2	1				5

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (continuação)

G1	Grupo de whatsapp com as instituições que fornece cuidados e suporte ao consultório na rua que forma uma rede de articulação do cuidado.	1		1	1	1			4
H1	Na busca ativa de tuberculose o escarro é enviado apenas uma amostra, pois o paciente não consegue aparecer no consultório ou não é achado no território, o envio é feito para não perder a validade daquela amostra.			1		1			2
I1	A distribuição de medicamentos de uso contínuos como do tratamento para Tuberculose nunca é realizada mensalmente, sempre diariamente ou semanalmente, ou quinzenal, pois os pacientes perdem a medicação, ou são furtados, ou numa abordagem policial estes são jogados fora.				1	1			2
J1	Criar vínculos na consulta de pré-natal facilitou cuidar da gestante e do seu parceiro.					1			1
K1	A abordagem na coleta de dados deste paciente é perguntada: história prévia de doenças se faz algum tratamento, atualiza o cartão de vacina, pergunta se se alimentou no dia, se possui alguma renda, se tem algum vínculo familiar para entrar em contato, onde dorme se usa alguma, substância.					1			1
L1	Os veículos (Van e/ou carro) utilizados pelo eCnaR não fica período integral à disposição da equipe	1	3			1			4
M1	O cuidado envolve todos da equipe multiprofissional do CnaR.	2	1	2	2	1			8
N1	Falta do profissional odontólogo no Cnar, porém consegue apoio e consultas pela Unidade de Saúde.	2		1					3
O1	O que facilita as pessoas são muito abertas a conversas					1			1

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (continuação)

P1	O que dificulta as vezes e o cuidado aquele paciente que acabou de usar alguma substância.					1			1
Q1	Abordagem e realização de curativos e outros procedimentos de enfermagem (TIG, escarro, teste rápido, coleta de sangue, pré-natal dentre outros) na rua ou no consultório.	1	4	2	1	1	1		10
R1	As políticas públicas do SUS e SUAS deveriam ter maior articulação entre si para maior resolutividade dos problemas enfrentados pelas pessoas em situação de rua.						1		1
S1	Há uma gama de cuidados que a gente realiza, vai de um curativo até levar o paciente de volta a casa dele. Ou correr atrás de uma passagem pra que ele volte pra o estado de origem dele.						1		1
T1	Prática do cuidar estimular o autocuidado; articular um banho pra ele em alguma unidade de saúde; cuidado da imagem corporal (oferta de maquiagem, corte de unha e cabelo); busca por abrigo; retirar documentos.	1					2		3
U1	Facilitador no cuidado apoio instituição de saúde com paciente que usam álcool e outras drogas apoio CAPSad e/ou CAPS.			1			2		3
V1	Prática de cuidado realizar o DOTs de forma diferente.						1		1
W1	Abraçar está incluído dentro da prática de cuidado.						2		2
X1	Dispensar insumos: roupa para pessoa em situação de rua prática de cuidado; absorvente para pessoa em situação de rua prática de cuidado; dispensação do preservativo; distribuição de material de danos.						1		1
Y1	Encaminhamento para continuidade do cuidado na UBS/ESF com acompanhamento do usuário.								
Z1	Entrar em contato via telefone com familiares é uma prática de cuidado						3		3

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (continuação)

A2	As pessoas em situação de rua procuram o serviço do CnaR por indicação de outro usuário, pois reconhecem a qualidade do serviço ofertado.				1		1		2
B2	Estruturas físicas que facilitam o cuidado uma sala de procedimento dentro da Unidade de Saúde.		1				1		2
C2	A clínica como um todo apoia os cuidados da pessoa em situação de rua.						1		1
D2	Estrutura de apoio no manejo de Saúde Mental com CAPS.		2	1	1		1		5
E2	Veículo para transporte da equipe e de paciente disponível em período integral.			2	1		1		4
F2	O que facilita o trabalho é boa relação com a equipe						1		1
G2	O entendimento dos farmacêuticos que a eCnaR necessita de ficar algumas medicações para realizar distribuição para tratamento e ou até administração deste.				1		1		2
H2	A boa relação com os usuários e serviços de Unidade de Saúde.			2	1		1		4
I2	O território fala muito sobre como o cuidado será gerido naquele espaço.				1				1
J2	Intensificação dos trabalhos na rua (território), pois os usuários que acessam a base do consultório sempre são os mesmos, contudo muitos que estão no território não conseguem chegar onde está localizado o CnaR.				2				2
K2	Realizar procedimentos como teste rápido na rua e fornecer privacidade para o usuário.			1	1				2
L2	Dificuldade de diálogo com algumas Clínicas da Família para compartilhar o cuidado, algumas equipes não compreende que o paciente daquele território também é dele.		1		1				2

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (continuação)

M2	O usuário quando diagnosticado com alguma patologia é iniciado o tratamento e realizado a notificação, e posteriormente referenciado para a clínica de saúde que o atende.				1				1
N2	Estrutura física limitada em relação ao espaço.				2				2
O2	Apoio do terceiro setor e sociedade civil em doações.		3	1	2				6
P2	Há necessidade de ter no território a estrutura do CAPS e CAPSad.	2							2
Q2	Centro Pop é uma Rede de Apoio do Consultório na Rua	1					1		2
R2	Alguns profissionais de saúde têm um olhar de estranhamento e julgamento para a pessoa em situação de rua, isso dificulta o acesso deste paciente numa clínica da família.	1		1		1			3
S2	Realização de planejamento familiar ou individual da mulher em situação de rua.	1		2		1			4
T2	Os usuários optam em ir para abrigos informais religiosos, a enfermeira faz visita nesta instituição de abrigamento.		1	1					2
U2	Pactuação de entrega de exames coletados na rua em horário estendido e com prioridade.			1					1
V2	Na coleta de preventivo e acordado com a paciente de ir para unidade de saúde próxima para dar conforto e privacidade, deslocamento realizado na Van.			1					1
W2	Apoio e articulação do cuidado CREAS.		1	1			1		3
X2	Estratégia de cuidado é oferta de Café da manhã, os usuários são captados e ofertados serviços de saúde.			2					2
Y2	Dificuldade com o manejo da gestante o atendimento é realizado multiprofissional, pois envolve outras instituições como Conselho Tutelar.			1					1

Quadro 3 - Síntese das unidades de Registro (conclusão)

Z2	Promoção da saúde com roda de conversa em grupo com temas de redução de danos e higiene.			1					
A3	Utilização dos espaços de outras Unidades de Saúde para realizar o cuidado.		1	3					4
B3	A oferta de alimentos por via do consultório é uma estratégia de cuidado, o consultório poderia ter a verba específica para oferta alimentação.			2					2
C3	Dentro de Unidade de saúde o morador de rua sofre invisibilidade ou hipervisibilidade pelos profissionais de saúde e outros usuários , que dificulta fornecer o cuidado a ele.		1						1
D3	Fornecimento de insumos como camisinhas e materiais para redução de danos.		1			1			2
E3	Fluxo que falta para continuação do cuidado é após alta o a pessoas em situação de rua tenha um local com infraestrutura para continuidade do cuidado e não dar aula para rua.		3						3
F3	Abrigamento poderia ter cuidadores ou profissional de enfermagem para continuidade do cuidado.		3						3
G3	Enfermeira realizar apresentação nas Unidades de Saúde formal e informalmente para apresentação dos objetivos do consultório na rua e compartilhamento do cuidado para Longitudinalidade de cuidado.		1	1					2
H3	Planejamento familiar à utilização de intervenção medicamentosa com contraceptiva Medroxiprogesterona que interrompe o fluxo menstrual facilita a higiene da mulher em situação de rua, esta intervenção não anula o direito da mulher a gestação.	1							1
I3	Desconhecimento da população em situação de rua quanto às atividades no período noturno.	1		1					2

APÊNDICE E – Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo

Quadro 4 - Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo (continua)

Temas/Unidade de Significação	Nº UR	Categorias	Subcategorias	Nº UR Categorias	% de UR Categorias	Código do tema
Cuidado é integral, multiprofissional e vai além da prática biomédica.	11	Práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no consultório na rua		112	44,6%	A – B - W1-S1
O cuidar de uma queixa principal oportuniza uma escuta qualificada para outras demandas sociais e de saúde.	12					D – O - M2
Principais funções do enfermeiro na equipe são mediar, organizar, planejar.	1					E
Os cuidados trabalhados no consultório na rua incluem atenção psicossocial e os programas prioritários.	6					F – V1 - P
Acompanhamento do usuário em consultas/exame/tratamento em outros serviços de saúde.	4					G
Prática do enfermeiro requer conhecer o contexto de vida do usuário e dos territórios e os limites na continuidade do cuidado.	15					H – H1 – I1 – I2 – J2 – Z1 – V2 – S1
Equidade como princípio fundamental no cuidado devido às singularidades dos usuários.	4					J

Quadro 4 - Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo (continuação)

Visitas a pacientes em instituições de internação, contribui para sua permanência devido vínculo com a equipe.	8					N
O objetivo do Consultório na Rua é garantir acesso ao cuidado à saúde na Atenção Básica e cidadania junto a equipe multiprofissional.	4					R
Consulta como espaço de cuidado de criação de vínculos e promoção da saúde e educação em saúde.	15					Q – D1 -K1 – Q1 – K2
Prática do enfermeiro deve estimular o autocuidado e o reconhecimento do outro como sujeito.	5					T1 -W1
Dispensação insumos que promovam saúde e previna doenças.	14					W – X – X1-X2-B3- D3
Realização de planejamento familiar ou individual da mulher em situação de rua.	5					S2 – H3
Interconsultas e encaminhamento para continuidade do cuidado na UBS/ESF.	5					Y1 – I
Promoção da saúde com roda de conversa em grupo com temas de redução de danos e higiene.	1					Z2

Quadro 4 - Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo (continuação)

A enfermeira promove educação continuada com os outros enfermeiros das Redes da Atenção sobre a dinâmica do consultório na rua.	2					G3
Temas/Unidade de Significação	Nº UR	Categorias		Nº UR Categorias	% de UR Categorias	Código do tema
Compartilhamento e apoio nos cuidados aos usuários com outros níveis de atenção da Rede de Atenção.	37	Fatores que influenciam na prática do cuidado	Fatores que facilitam a prática de cuidado no CnaR	53	21,1%	K – L - C1 – U1 – D2 – Q2 – W2 – B2 – C2 – A3
A qualidade dos serviços prestados pelo CnaR.	2					A2
O vínculo e boa relação com usuário são facilitadores no cuidado	7					O1 – J1 - H2 – F2
Agentes Sociais capacitados em redução de danos	2					B1
Veículo para transporte da equipe e de paciente disponível em período integral.	1					E2
Apoio do terceiro setor e sociedade civil em doações.	2					O2
Articulação da enfermagem com as instituições de abrigamento.	2					T2

Quadro 4 - Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo (continuação)

Temas/Unidade de Significação	Nº UR	Categorias		Nº UR Categorias	% de UR Categorias	Código do tema
Limitações nos serviços de abrigamento e instituições de saúde de apoio.	5	Fatores que influenciam a prática do cuidado	Fatores que desafiam a prática do CnaR	47	18,7%	M - S
Políticas públicas mais eficientes para cuidado as pessoas em situação de rua com os agravos a saúde.	2					T – R1
Ausência de profissional de odontologia na equipe.	7					V – N1
Poucos insumos para promoção do cuidado.	1					E1
Dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde como fluxos de referência e encaminhamentos dentro do RAS.	6					Y – Z – L2 – M2
Veículos de transporte adaptados para procedimentos e disponibilidade integral.	9					F1 – L1
Estrutura física limitada em relação ao espaço	2					N2
Desconhecimento da população em situação de rua quanto às atividades no período noturno.	2					I3

Quadro 4 - Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo (continuação)

Falta da estrutura do CAPS e CAPSad nos territórios.	2					P2
Invisibilidade ou hipervisibilidade pelos profissionais de saúde e outros usuários dificulta acesso ao cuidado a ele.	4					R2 – C3
Dificuldade com o manejo e manutenção do atendimento a gestante, na relação com outras instituições como Conselho Tutelar.	1					Y2
Falta de continuidade do cuidado é após alta	6					E 3 – F 3
Temas/Unidade de Significação	Nº UR	Categorias		Nº UR Categorias	% de UR Categorias	Código do tema
Reunião de equipe onde é compartilhada a experiência de cuidado de cada paciente.	6	Relações entre a Equipe Multiprofissional, usuários e outras Estruturas de Apoio		39	15,5%	C
O CnaR atua como Matriciador do cuidado e compartilha este com outros serviço RAS.	11					U
Agentes Sociais com papel primordial no vínculo e no cuidado.	7					A1
Grupo de whatsapp como uma rede de articulação do cuidado.	4					G1

Quadro 4 - Síntese da Construção das Categorias de Análise de Conteúdo (conclusão)

O cuidado envolve todos da equipe multiprofissional do CnaR.	8					M1
O entendimento dos farmacêuticos que a e CnaR necessita de ficar algumas medicações para realizar distribuição para tratamento e ou até administração deste.	2					G2
Pactuação com os serviços de apoio da rede na ampliação de horários.	1					U2