

A person's hands are shown sorting through a cardboard box. Inside the box, there is a Bible with 'Novo Testamento' written on it, a small container with tools, and other miscellaneous items. The background is a blurred outdoor setting.

II | Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua

Joice Pacheco

Jorge Samuel Dias Lima

Katia M. Amirati

Marcelo Pedra Martins Machado



Sobre a unidade de aprendizagem

Na Unidade de Aprendizagem I, introduzimos questões importantes para o cuidado da população em situação de rua (PSR) e para o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR), como o conhecimento e a atuação territorial, o reconhecimento da população atendida e a lógica de cuidado integral que pressupõe, para sua concretização, uma atuação articulada das equipes de saúde e de construção de redes intra e intersetoriais, formais e informais.

Nesta Unidade de Aprendizagem II, aprofundaremos alguns desses pontos, trazendo o foco para as eCR como dispositivos da Atenção Básica que favorecem o acesso da PSR à saúde e avançam para esse cuidado integral e resolutivo.

É um enorme desafio abordar um processo de trabalho com tantas complexidades como o das eCR! Compreendemos que parte da nossa contribuição aqui nesta UA está em trazer alguns elementos para reflexão e ofertar uma proposta de caminho que pode ser percorrido para planejamento das ações e organização do processo de trabalho das eCR. Esta proposta de caminho é:

- * análise do perfil da população atendida;
- * identificação de ações prioritárias;
- * construção da agenda de trabalho; e
- * monitoramento e avaliação do trabalho produzido por meio de indicadores

Oferecemos um conjunto de ferramentas para auxiliar as eCR na organização dos seus processos de trabalho e na potencialização do cuidado ofertado. Acreditamos que, dessa forma, ajudaremos a dar concretude a alguns elementos já apresentados na UAI e, conseqüentemente, contribuir para aumentar a resolutividade das equipes e dar visibilidade a suas ações.

Os objetivos desta unidade são:

- * Promover a reflexão da equipe sobre seu processo de trabalho, visando ao aperfeiçoamento de suas práticas.
- * Promover o compartilhamento de experiências e oferecer ferramentas para a melhoria do processo de trabalho.

- * Fomentar e subsidiar a prática do planejamento, do monitoramento e da avaliação do processo de trabalho no cotidiano das equipes.

Não pretendemos, nesta unidade, criar um roteiro rígido de organização de serviços, de processos de trabalho, mas pretendemos possibilitar a reflexão de como é possível, considerando as especificidades do trabalho das eCR, intercambiar conceitos e elementos dos processos de trabalhos produzidos e consolidados das equipes de Estratégia de Saúde da Família com uma eCR, que tem como uma das características principais ser itinerante.

Assim como a unidade anterior, apresentamos um texto disparador de reflexões e, na sequência, atividades que possibilitam análise e interferência nos contextos reais de trabalho. Com isso, buscamos fazer do espaço do curso um lugar de contribuição para a qualificação das práticas dos profissionais das eCR na construção dos seus processos de trabalho e oferta de cuidado à PSR.

Bons estudos!



Texto disparador
de reflexões



População em situação de rua e a saúde como direito

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz que “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 forma de dar materialidade a esse artigo foi a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como princípios, dentre outros, a universalidade, que preconiza que todos tenham acesso aos serviços de saúde; a integralidade da assistência; a equidade como maneira de redução das desigualdades.

A Atenção Básica é um dos níveis de atenção do SUS e operacionaliza seus princípios e diretrizes. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

As equipes de Consultório na Rua são equipes da Atenção Básica que, embora lidem com um conjunto de especificidades no seu trabalho considerando a população que atende, devem pautar-se por seus princípios e diretrizes.



O SUS foi instituído pela Lei 8080/1990, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm



A Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de funcionamento e organização das equipes de Consultório na Rua, está disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

Para refletir

O Consultório na Rua é um serviço da Atenção Básica que deve seguir e realizar ações que são feitas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)? Como transpor essas ações da UBS para o território Rua?

As equipes de Consultório na Rua e os princípios e diretrizes da Atenção Básica

O Consultório na Rua é uma das estratégias na Atenção Básica para reafirmação/ operacionalização dos princípios do SUS, pois busca garantir o acesso, a inclusão e o cuidado da PSR, historicamente negligenciada e invisibilizada, que precisa se ver e ser vista como uma população de direitos (neste caso, à saúde). Neste sentido, é um dispositivo de equidade, necessário dado o fato de vivermos em uma sociedade desigual como a nossa.

São as eCR que facilitam a entrada do usuário dessa população no SUS e que ordenam o cuidado, caso ele precise de encaminhamento para outros níveis de atenção. Ser **porta de entrada** é acolher, estar presente com o usuário, realizar uma escuta qualificada de sua queixa, legitimá-la, problematizá-la, cuidar, atender às demandas e compartilhar o cuidado com outros pontos de atenção, conduzindo com o usuário o cuidado necessário, ocupando este lugar de referência em saúde dessas pessoas.

As características do território rua e da PSR foram abordadas na UAI e subsidiam as discussões desta UAI.

No caso da PSR significa, também, buscar ativamente o usuário e utilizar estratégias para estabelecer vínculo com ele e provocar o aceite e o envolvimento dele em seu processo de cuidado para, a partir disso, trabalhar a produção de um cuidado integral. Essa busca se dá no território de atuação da equipe, que apresenta características diferentes de lugar para lugar, ou mesmo dinâmicas que transformam aquele mesmo território em um outro bastante diferente a depender, por exemplo, do horário em que realizamos uma visita a ele.

A compreensão da responsabilidade sanitária de PSR por todas as equipes do SUS (Atenção Básica e especialidades) não é rotina na maioria das equipes. As ações de articulação de rede das eCR por meio de matriciamento ou de reuniões de rede devem contribuir para o avanço neste atendimento, pois uma das funções das eCR é articular a rede ampliando o atendimento desta população.

Sobre ser porta de entrada e garantir acesso

Basta deixar a porta aberta para que as pessoas entrem? E onde está a porta? Qual tamanho que ela possui? Como podemos pensar na acessibilidade a esta porta de entrada.

Antes de discutir o papel das eCR, é importante reafirmar que os serviços de saúde e as demais equipes de saúde da Atenção Básica, por sua **responsabilidade territorial e sanitária** pelo espaço de atuação, deverão discutir e realizar o cuidado das pessoas em situação de rua em regiões onde não existem equipes de Consultório na Rua. Em locais onde há eCR, esse cuidado deverá ser compartilhado. Afinal, se defendemos a saúde como um direito, não podem ser só as eCR as responsáveis por garanti-lo.

Mas, é claro, o cuidar na rua possibilita outras construções e estratégias.

Algumas dessas estratégias que favorecem o acesso são identificar os horários em que a maioria da população referida utiliza os serviços, como se alimenta, se usa algum serviço além do Consultório na Rua, se têm horários para banho, almoço, usam álcool ou outras drogas e em quais horários.

Perguntas sobre a dinâmica da população permitem quais os principais horários e em quais locais devemos estar presentes. Será que devemos fazer uma agenda fixa em praças ou outros logradouros públicos? E a base da UBS? Como funciona a sala do Consultório na Rua nesta UBS?

Identificar as características da população atendida nos diz muito sobre como podemos realizar nossa abordagem. São homens que vivem sozinhos, ou vivem em grupos? Existem famílias nas ruas, mulheres, mulheres grávidas? Diante desses pontos o que é promover acessibilidade para você e sua equipe? ■

Garantir o acesso ou facilitá-lo propiciará a construção do vínculo, e, conseqüentemente o cuidado integral. Identificar causas e formas de adoecimento, identificar com o usuário os momentos de maior e menor sofrimento mental ou físico, acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e de outras variáveis são formas de consolidar o vínculo e prestar um cuidado ao longo da história de vida dessas pessoas. Dar **continuidade no cuidado** é acompanhar e seguir junto na construção de estratégias de cuidado em saúde.

Em algumas cidades ou mesmo em diferentes bairros da mesma cidade, as pessoas em situação de rua são fixas em um determinado território. A equipe pode, então, cadastrá-las e consegue acompanhá-las longitudinalmente, com maior facilidade. Já em outras, a maior parte da população é migratória, com deslocamentos para outros municípios ou para outras regiões do mesmo município, permanecendo poucos meses e até mesmo dias na cidade ou naquele território de responsabilidade da equipe.

Na cidade de Joinville/SC, por exemplo, 60% da população tem apenas um único atendimento pela eCR e a justificativa para isso é a migração para outra cidade. Contrapondo esta situação, no mesmo estado, a cidade de Criciúma/SC tem quase a totalidade de sua **população em situação de rua “fixa”**, que migra para uma praia próxima apenas em curtos períodos do verão, fazendo com que a equipe conheça e acompanhe toda pessoa em situação de rua daquela cidade. ►

População em situação de rua “fixa” entendemos como aquela que mantém pouca itinerância e mobilidade relacionada ao seu local de permanência, convivência e cuidados de vida, ou ainda que a realiza de maneira eventual ou por curtos espaços de tempo. Em contraposição a esta característica, temos a população “flutuante e/ou migratória”, que mantém intensa itinerância e mobilidade pelos territórios, construindo rápidas e frágeis (no que se refere ao tempo cronológico) relações de permanência, convivência e cuidados em cada um dos lugares.

Como é em sua cidade? Você atende sempre a mesma pessoa nos lugares em que você e sua equipe vão ou constantemente são pessoas novas? Como fazer para acompanhar esta população? Que estratégias são possíveis?

Prestar cuidado em saúde é compreender que ele é **integral**, que não podemos fragmentar o indivíduo, dado que ele é um ser amplo, com diversas questões a serem olhadas e cuidadas, que podem inclusive ir para além das questões de saúde. Ao falarmos sobre população em situação de rua, em alguns casos, algo que poderia ser feito por outro serviço, se desenvolvido por uma eCR, pode ser um produtor de saúde. Por exemplo, sem ser reducionista, a produção de carteira de identidade, que não é algo classicamente considerado uma ação de saúde, pode ser um potencializador de saúde, de reconhecimento do indivíduo e colaborar com o processo de autonomia deste sujeito.

Uma forma muito potente de coordenar o cuidado é construir com os sujeitos os projetos terapêuticos, compartilhando cuidados (e não transferindo responsabilidades). Estar atento a este sujeito é pensar em ações de curto, médio e longo prazo. Estratégias de compartilhamento de cuidado serão abordadas mais adiante nesta unidade e a construção de um PTS será objeto de discussão na Unidade de Aprendizagem III.

A mediação, pelas eCR, da relação do usuário com a rede inter e intra setor saúde potencializa o vínculo e é a forma de a equipe realizar a **coordenação do cuidado** do indivíduo. Exemplos disso são acionar a rede socioassistencial para um abrigo ou um outro serviço de saúde como o Caps para um atendimento compartilhado. É exatamente porque temos o vínculo e realizamos o cuidado longitudinal daquela pessoa que faz sentido que essa função seja nossa, sempre escutando, consultando o usuário e firmando pactuações com ele.

Neste ponto em que já abordamos algumas diretrizes do trabalho da eCR, é importante darmos especial destaque a três outros elementos orientadores das práticas de cuidado: a redução de danos, a clínica ampliada e o matriciamento.

Redução de danos como ética orientadora do cuidado

A redução de danos, já mencionada na UAI, é uma estratégia historicamente construída por meio da qual, inicialmente, profissionais de saúde manejavam casos de interface de uso abusivo de drogas injetáveis e transmissão de HIV. A lógica de minimizar os danos à saúde do indivíduo causados pelo abuso de substâncias de uma forma diferente do absenteísmo se mostrou potente de tal maneira que extrapolou o âmbito da saúde mental e foi incorporada pela Atenção Básica como um dos elementos orientadores do cuidado integral.

A redução de danos preconiza que o usuário deve receber informações corretas e seguras sobre seu quadro de saúde, sobre os riscos e danos do comportamento, incluindo as informações sobre cidadania e direitos para que possa tomar uma decisão baseada em fatos e possibilidades. Trabalhar na lógica da redução de danos é poder escutar o usuário e analisar com ele as possibilidades sem limitações de cuidado.

As eCR, para muitas cidades, vieram responder a problemática do uso de crack em locais públicos. Por lidarem muito frequentemente com o uso de substâncias psicoativas ou álcool e outras drogas, muito recorrente entre a PSR, orienta sua prática pela redução de danos no cuidado a essa condição. O que é importante destacarmos é que essa ética de cuidado é incorporada pela Atenção Básica e deve permear todas as práticas de cuidado da eCR (assim como da ESF e outras equipes), e não só as voltadas para o uso de substâncias. Ao ampliarem seu olhar para o cuidado integral em saúde, as eCR ampliam a capilaridade de atuação e, conseqüentemente, sua resolutividade.

Para exemplificar ações de cuidados sob a lógica de redução de danos, podemos citar a distribuição de copos de água, por algumas eCR, para o usuário de crack e/ou múltiplas drogas, a fim de garantir a ingestão de água e reduzir os danos relacionados à desidratação. A entrega da água é o momento de trabalhar várias questões e desenvolver a ação de redução de danos de forma a fazer sentido para o processo do cuidado. É a hora de o profissional estimular a reflexão do usuário: questionar se ele está fazendo uso somente de álcool e sem momentos de ingestão de água, ou ainda, caso ele seja diabético se bebe apenas refrigerantes e sucos para se hidratar. Desenvolver com ele a reflexão da importância de observar os comportamentos que podem gerar agravos em sua saúde.

Para além da redução de danos com ações voltadas ao usuário de drogas, podemos pensar nas estratégias de RD no cuidado às doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, o que é amplamente realizado na Atenção Básica. Os hábitos alimentares e exercícios são fundamentais para o controle dessas doenças e, por vezes, mais eficazes do que o uso de medicamentos. No entanto, adotar esses hábitos é um desafio para muitas pessoas, pois mexe com muitas questões objetivas e subjetivas.

Um exemplo de como a RD pode ajudar na negociação do cuidado possível com o usuário é o caso de um diabético, que passa a consumir, após orientações da equipe, um copo de refrigerante por dia, e não mais uma lata, conforme anteriormente. Outro exemplo é o manejo de gravidez na rua, quando uma gestante não comparece ao serviço de saúde para realização do pré-natal e os procedimentos como aferição de

Sabemos que a orientação em relação à alimentação de pessoas em situação de rua é ponto de mais difícil controle, dado que essas pessoas se alimentam de doações. No entanto, uma possibilidade de ação de cuidado na lógica de redução de danos não só a um usuário específico, mas ao coletivo daquele território é a eCR conversar com voluntários que distribuem alimentos nas ruas e orientar a quantidade de sal no preparo dos alimentos, bem como realizar discussões com a rede socioassistencial sobre preparo e qualidade dos alimentos oferecidos para essa população.

altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos fetais, aferição da pressão arterial e de peso, ou ainda coleta laboratoriais são realizados no território da rua, na perspectiva de reduzir o dano possível caso o pré-natal não seja feito, em alguma medida.

Exemplos como esses mostram estratégias de criar/fortalecer vínculo com o usuário e com a rede e de iniciar um processo de cuidado na lógica da redução de danos.

O que um profissional pode fazer dentro da lógica de redução de danos? Em um primeiro momento pode apenas escutar e atender à demanda do usuário. Ao mesmo tempo, não deve perder de vista o ponto em que deseja chegar em relação a saúde deste usuário. A construção de um projeto terapêutico, junto com esse usuário, é uma estratégia potente para não “cair na armadilha” de produzir um “falso acesso” ao SUS, dada a baixa resolutividade da ação.

Claro que, considerando as características da PSR, isso é um grande desafio! Em lugares em que a população é muito itinerante, conduzir um PTS será muito difícil, mas em territórios com uma população mais fixa, as possibilidades de avanço são mais reais. O importante é ter isso como horizonte de atuação e ter clareza das consequências, em termos de uma garantia “capenga” de direitos, de não pautar isso como ação. ■

A redução de danos, portanto, deve ser o fio condutor do cuidado, uma ética da orientação das práticas que escuta e respeita as condições, contextos e dificuldades do usuário e que não se imobiliza por isso, mas, sim, propõe, a partir dessa escuta, estratégias de diminuição dos danos à sua saúde. É uma forma de cuidar que possibilita, com um usuário à margem de convenções sociais básicas (exemplo: tomar banho), a construção de alguns limites e desconstrução de outros.

Entendemos como construção de limites o processo de reflexão e elaboração de autocuidados que não fazem parte da rotina do usuário, como ingestão de água potável e banho, higiene com as mãos... Essas construções de limites trabalham com o usuário o relacionamento com o outro e tendem a tornar seu dia a dia mais harmonioso. Também no âmbito de trabalhar limites podemos trazer como exemplo o não uso de substâncias psicoativas quando for realizar consultas médicas ou realizar alguma atividade de organização do seu dia. Ou ainda o paciente com tuberculose que aguarda a tomada da medicação para iniciar o seu consumo de álcool: para garantir o seu cuidado em saúde e alcançar a alta por cura da tuberculose está será uma pactuação necessária entre paciente e eCR.

Já na desconstrução de limites está a imposição de um padrão de comportamento, que não é desejado pelo usuário e nem tampouco construído com ele, mas imposto por uma convenção social baseada em valores morais. Por exemplo, a necessidade de atingir a abstinência de substâncias psicoativas como pré-requisito para iniciar algum tratamento, ou esta ser a condição para acolhimento em algum serviço.

Podemos afirmar que a maior importância de atuar segundo a lógica da RD é o lugar em que colocamos o usuário: no centro do seu cuidado. A redução de danos põe o usuário no centro de sua própria vida, provocando nele reflexão sobre si mesmo, sobre sua saúde e todos os elementos envolvidos nela. Ou seja, ele passa a ser corresponsável e coparticipante dos processos que envolvem seu cuidado desde o diagnóstico até seu projeto singular de cuidado. Arriscamos a dizer, inclusive, quando falamos de pessoas em situação de rua, que se não estamos agindo conforme esta lógica, o usuário nos traz para ela.

Isso nos remete a outro estruturante da forma de cuidar na Atenção Básica: a perspectiva da clínica ampliada.

Clínica ampliada

A clínica ampliada é a possibilidade de incluir o usuário nos processos diagnósticos, nas relações institucionais, sociais e familiares, assim como de pensar nas diversas possibilidades de cuidado dessas pessoas. Deve considerar o sujeito em seu núcleo relacional, suas rotinas, sua comunidade, seu processo sócio histórico, sua vida econômica, social e cultural, além de envolver os usuários na gestão dos serviços. Este é mais um elemento que potencializa o estabelecimento de vínculo profissional-usuário e, ao mesmo tempo, a possibilidade de resolução de um número maior de casos.

A clínica ampliada pressupõe que o usuário participe ativamente do seu processo de cuidado, refletindo sobre suas condições de saúde e doença, e junto com a equipe construa as possibilidades para esse cuidado. Importante destacar que a equipe de Consultório na Rua não deverá (e nem conseguirá!) responder a todas as demandas que a rua traz. Porém, é de sua responsabilidade provocar e mobilizar a rede de cuidados em saúde e intersetorial do território, o que ampliará o olhar para determinada situação, facilitando o encontro de caminhos possíveis para os cuidados das diversas situações complexas do dia a dia. Em outras palavras, a clínica ampliada demanda a rede, que uma vez articulada, pode facilitar o trabalho das eCR e torna-lo mais resolutivo.

O trabalhador de saúde se cobra – e é cobrado – em função do seu desempenho técnico. O pensamento tecnicista geralmente pretere as intuições, pelo receio legítimo de trazer influências das experiências pessoais de quem presta a assistência.

O profissional incorpora o personagem do “modelo”; o paciente traz consigo o desejo implícito de corresponder às expectativas do profissional que o atende, especialmente quando há vínculo. Ao “embarcar” nessa representação – bem-intencionada – de personagens, podemos perder a oportunidade de enxergar a realidade e debruçar em questões essenciais que determinam os processos entre a saúde e a doença.

Cuidado centrado na pessoa

O cuidado centrado na pessoa, na perspectiva da Medicina de Família e Comunidade, pensa a produção do cuidado numa perspectiva de clínica ampliada e reconhece a importância da participação do usuário na construção desse cuidado.

A abordagem do cuidado centrado na pessoa permite, por meio do diálogo franco e respeitoso, trazer à tona as especificidades dos interlocutores (usuário e profissional) perante um problema de saúde. Leva a realidade em consideração para o projeto terapêutico e proporciona ao usuário o conhecimento dos limites e de possibilidades e opções para seu cuidado.

Há um duplo “benefício” em atuar segundo essa abordagem. De um lado, ela permite ao sujeito retomar o controle da sua vida, seu papel de protagonista e responsável por sua saúde; de outro, o profissional se desloca do lugar de “onipotente e perfeito”, assumindo uma relação horizontal, empática e limitada, mas verdadeiramente interessada na pessoa e não na doença, na qual o conhecimento que detém é um elemento a contribuir, e não a pautar o processo de cuidado.

Quando o profissional percebe que a prática do método centrado na pessoa reduz sua sobrecarga de responsabilidades utópicas, empreende-se uma nova forma de vivenciar o trabalho e o cuidado.

O Consultório na Rua já rompeu com a clínica tradicional, pois já rompeu com as paredes das unidades de saúde, mas será que já rompemos com os paradigmas tradicionais da saúde?

Vamos pensar em um caso concreto: a usuária Maria é conhecida pela equipe em situação de rua como uma liderança na rua, e que apresenta alguns agravos em saúde: é hipertensa, obesa, possui transtorno afetivo bipolar e um quadro de abuso de substância psicoativa. A equipe conversa com ela em todas as suas saídas de campo, senta na rua, escuta a história da rua, mas não consegue avançar além da entrega dos insumos: água e barrinha de cereais. Até que um dia, em um atendimento psicológico que aconteceu na calçada, ela relata sua relação com seus filhos e conta que um deles foi retirado dela e que acha que ele foi roubado. Essa conversa e o acolhimento do seu sofrimento pelos profissionais possibilitaram que o vínculo fosse estabelecido. No outro dia, ela permitiu que se verificasse sua pressão arterial, que estava “nas alturas”, e aceitou o tratamento. Assim, ouvindo as questões que realmente tinham importância e significado para Dona Maria, o intenso sofrimento relacionado à destituição familiar, ampliando o olhar para

além da hipertensão e a necessidade de controle pressórico, deslocou-se o tradicional cuidado pautado na doença para um cuidado centrado no indivíduo.

Vínculo e escuta são dois elementos importantes na clínica ampliada. No caso de Maria, foi a escuta de uma angústia que ela carregava que possibilitou a criação de um vínculo entre profissional e usuária e “abriu” as possibilidades do cuidar.

Outro ponto é que o quadro clínico da Maria, embora possa ser semelhante ao de outros usuários, é único, na medida em que os contextos que a levaram a ele são singulares de cada sujeito. Isso vale para todos: um idoso, uma mulher e uma criança com diabetes lidam e sofrem diferentemente, mesmo que possuam o mesmo quadro sintomático. O mesmo vale para um oriental e um ocidental, um pobre e um rico, para quem possui suporte familiar e quem vive sozinho, para um provedor do lar e o desempregado.

Quando tratamos de escuta é também importante pensar que podemos, como profissionais, escutar algo bem diferente do que gostaríamos. Se de um lado a nossa clínica nos mostra a necessidade de medicação e alterações nos hábitos do usuário, de outro ele simplesmente pode não enxergar da mesma forma e, por isso, não se comprometer com determinadas recomendações. Os motivos podem ser os mais variados, mas, em suma, elas não são possíveis para esse usuário naquele momento. Portanto, faz-se necessário conhecer as expectativas do paciente pelo serviço, que ora são de promoção e prevenção, ora são curativas e reabilitadoras, nem sempre coincidindo com a agenda do profissional perante o caso concreto – e aqui entra, novamente, a redução de danos como uma ética do cuidado possível.

Sugerimos, no **Anexo A – Habilidades de comunicação**, alguns elementos que podem favorecer a estruturação de uma boa comunicação com o usuário, de forma a facilitar a construção de vínculo e o diálogo.

A língua inglesa tem duas palavras que vale a pena conhecermos: *disease* e *illness*. Em contraposição à doença (*disease*), o que se verifica no adoecer é a experiência que o sujeito singular tem com a doença. Esta experiência, que aqui chamaremos de moléstia (*illness*), é única para cada pessoa.

Matriciamento

Outra estratégia fundamental para romper a clínica tradicional e ampliar o atendimento dos usuários em situação de rua é a realização de matriciamento entre os serviços que respondam à demanda trazida pela população atendida. Uma falsa ideia sobre matriciamento é que um serviço especializado diz o que o outro serviço deve ou não fazer com o usuário. O matriciamento serve para discutir casos, entender os diversos ângulos de potencialidades, assim como de dificuldades apresentadas no caso. Outro entendimento equivocado, comum entre as equipes e que faz com que elas rejeitem a realização do matriciamento, é compreendê-lo como um repasse de responsabilidades do caso.

O compartilhamento do cuidado será abordado mais adiante nesta UA.

O matriciamento é a hora de dividir “expertises” sobre o caso, e pode potencializar o cuidado com o usuário. Momento de compartilhamento do cuidado, troca de experiências e de solução de problemas. Como já falado anteriormente, a eCR não é e nem pretende ser um serviço de especialidade, mas atende um público específico, com hábitos, costumes e necessidades que diferem das de pessoas domiciliadas. Como a dificuldade de realizar uma dieta com restrição de açúcar ou de sal ou a dificuldade de comparecer a um serviço no horário marcado no começo da manhã, pois os serviços que fornecem café da manhã e banho abrem no mesmo horário que o serviço de saúde.

O matriciamento pode ser o momento em que a clínica ampliada se concretize. Nele, a divisão de responsabilidades sobre o usuário entre os serviços pode gerar o fortalecimento da rede de cuidado e a ampliação deste. Em uma reunião de matriciamento, pode-se refletir e construir como o usuário em situação de rua fará o DOT da medicação de tratamento da tuberculose. Por exemplo: Na cidade de Criciúma, conquistou-se sucesso no cuidado de usuários com tuberculose e em situação de rua mapeando por onde esses usuários circulavam durante o dia na cidade e estabelecer em quais os locais a medicação poderia estar disponível para ele realizar o DOT. A eCR ficou responsável por monitorar o uso da medicação junto a essa rede.

Analisar necessidades e pensar estratégias

Falamos mais expressivamente de matriciamento junto à rede, para tentar dar conta das necessidades apresentadas pelos usuários que vão além das ofertas de cuidado que uma eCR pode oferecer.

O fundamental é analisar essas necessidades para definir a agenda de atuação. Por exemplo, no caso de equipes de Consultório na Rua que não têm médico em sua composição, ações de matriciamento precisarão ser realizadas de forma mais intensa junto à unidade para que a equipe possa ser resolutiva em suas ações.

O processo de trabalho das eCR

O processo de trabalho de uma eCR consiste em planejamento, organização e realização dos cuidados para a população em situação de rua de seu território de abrangência/responsabilidade, bem como a avaliação dessas ações ao longo do tempo. Isto se dá desde o encontro entre os seus profissionais para iniciar os trabalhos; os processos de discussões e definições das ações prioritárias a serem realizadas naquele dia ou

semana; as articulações e aproximações necessárias entre serviços e equipes da rede de saúde e rede intersetorial para o desenvolvimento deste trabalho; a avaliação das necessidades daquela população; a oferta de cuidado que a equipe tem disponibilizado; as necessidades de pactuações e criação de novas estratégias para a garantia de cuidados adequados e resolutivos; e, em especial, a constante reflexão sobre o papel da sua eCR naquele território, no nível individual e coletivo, na qualidade de equipe de saúde da Atenção Básica.

Para apresentarmos e refletirmos o processo de trabalho do Consultório na Rua, é necessário resgatar conceitos e eixos organizativos fundamentais, como os até aqui discutidos, da clínica ampliada, do matriciamento e da redução de danos, o que faremos a seguir por meio de um exemplo. Na sequência, provocaremos algumas reflexões e ofereceremos algumas ferramentas para organização do processo de trabalho de uma eCR.

Vamos considerar o caso de um usuário que informa à equipe de Consultório na Rua ser portador do vírus HIV. Neste caso, a eCR precisa se organizar para confirmar este diagnóstico, seja por meio de localização de exames anteriores realizados pelo usuário na rede de saúde, seja pela nova realização de exames para esta confirmação.

Esta equipe deverá oferecer aconselhamento e realizar testagem rápida para HIV neste indivíduo, bem como deverá realizar (diretamente ou acessando a rede destinada para tal) a coleta de exames laboratoriais confirmatórios.

Será preciso articular, portanto, com a rede de laboratório e a rede farmacêutica, considerando que existe a necessidade de organizar essas demandas e consequentemente as filas e pedidos dentro das duas. Será que é possível quebrar alguma rotina neste funcionamento? Quais são as regras para acessar esses serviços e redes? Essas regras são possíveis de serem cumpridas pelos usuários em situação de rua que estamos acompanhando?

Confirmado o diagnóstico, a eCR realizará o seguimento dos cuidados para este indivíduo, de maneira articulada com a rede especializada em IST/AIDS, referência para o seu território. A equipe de Consultório na Rua, para muito além do diagnóstico, deverá buscar promover, junto à rede especializada, um seguimento adequado para as condições daquele indivíduo em situação de rua, como a retirada de medicação no serviço, as orientações sobre a tomada do mesmo (e quem sabe armazenamento), o tratamento supervisionado, as consultas programáticas ou não que se façam necessárias, os processos de busca ativa no caso de falta ou abandono do tratamento.



Para atender maior número de pessoas possível, é preciso seguir regras que visam agilizar esse atendimento, organizar as filas de espera e garantir os melhores resultados. Por exemplo, um serviço que atenda usuários soropositivos necessita que eles realizem exames diagnósticos para iniciar o tratamento, seguido de outros exames que poderão indicar qual o melhor tratamento a ser realizado.

Para refletir

A história do Consultório na Rua incorporou em sua prática a baixa expectativa dos profissionais em relação às respostas dos usuários e, a insistência deles em não desistir de um usuário, por mais que ele diga não, por vezes, brigando e mandando o profissional embora.

Mas será que todos os serviços devem possuir a mesma lógica em relação aos nossos usuários? Quais os limites de negociação possíveis entre serviços? Qual o impacto das regras dos demais serviços para nosso trabalho? Quais estratégias sua equipe vem utilizando para potencializar o cuidado junto com a rede?



A eCR necessita conhecer o funcionamento dos serviços antes de encaminhar qualquer usuário, e colocar-se à disposição de oferecer apoio matricial e ser matriciado pelos serviços parceiros.

E como faremos para garantir a tomada de medicação? Se temos usuários com diagnóstico de HIV positivo precisamos estabelecer em nosso processo de trabalho uma rotina de troca de informações entre os serviços para que seja possível entender as lógicas e as rotinas dos atendimentos e para podermos avaliar juntos quais as flexibilizações possíveis e necessárias para o cuidado. Os serviços parceiros precisam entender o funcionamento dos nossos usuários, não é nato o entendimento que temos sobre as pessoas que ocupam as ruas a respeito de moradia, suas rotinas, suas necessidades e prioridades.

E, para além da rede de saúde, é importante que esta equipe também avalie algumas condições sociais, como a presença de documentos e acesso a benefícios de transferência de renda, desejo de acolhimento na rede socioassistencial, realizando esta articulação e apoio na garantia de direitos.

Para refletir

O que você já teve que flexibilizar para que um usuário pudesse receber o cuidado necessário (ou possível)? Quais são os limites da flexibilização na sua eCR? São os mesmos na rua e na unidade? São os mesmos das demais equipes de Atenção Básica? Foram pactuados com as equipes de referência?

Uma solução utilizada pelas eCR é acompanhar o usuário em todas as etapas do atendimento no novo serviço, ou um serviço conhecido pelo usuário, mas que o mesmo se recusa a ir, embora necessite. No entanto, é preciso ter cuidado com essa estratégia, pois a linha entre a tutela e a autonomia é estreita.

Algumas questões sobre as quais a equipe deve refletir para avaliar um acompanhamento: Qual o impacto desses acompanhamentos para as agendas dos profissionais do Consultório na Rua? Ou ainda, que espaço esse acompanhamento ocupa na agenda do Consultório na Rua? Qual profissional deverá acompanhar o indivíduo neste cuidado? Esse profissional irá participar da consulta? Qual o objetivo de estar junto nesta consulta? Ela terá um caráter de consulta compartilhada ou apenas consulta tutelada? O outro serviço aceita que um profissional do Consultório na Rua esteja junto?

“[...] o processo de constituição do sujeito de direitos e deveres se dá de forma ativa, no mundo da vida e de forma tal que transforme tal realidade no reconhecimento, defesa e promoção de seus direitos e deveres em ações permanentes não só do sujeito em si mas fundamentalmente de todos [...]” (TRINO et al., 2015, p. 34).

O cuidado, o acompanhamento do usuário, a flexibilização dos serviços sem a reflexão dos motivos e necessidades envolvidas pode gerar um movimento de tutela ao usuário em detrimento do processo de cuidado e emancipação dele. Em determinados momentos, é inevitável a tutela do usuário pelos profissionais, como em casos de usuários com grave transtorno mental ou com risco de morte. Mas o processo de reflexão deve gerar em torno da ação, do tempo que permanecerá e de qual forma construiremos junto ao usuário o processo de emancipação do seu cuidado.

Um ponto importante para refletirmos é que, em determinados momentos, o usuário pode não apresentar condições para decidir a favor de sua saúde. Vamos pegar como exemplo um usuário em uma crise psicótica, em situação de rua. Neste momento, especificamente, o usuário pode colocar-se em risco ou oferecer risco à outra pessoa e necessita que o profissional faça a contratualidade, assuma a responsabilidade pela saúde deste usuário e decida qual o melhor tratamento para estabilização do quadro, podendo ser o caso de uma internação de curta duração ou de hospitalidade no Caps.

Após a estabilização do quadro, será necessário construir um plano terapêutico de mais longo prazo com esse usuário, levando em consideração questões como: este usuário irá fazer uso regular da medicação? Onde ficará esta medicação? É possível negociar com locais na comunidade ou em equipamentos parceiros do Consultório na Rua?

Deixar de emprestar a contratualidade ao usuário pode ser uma forma de negar o acesso e a possibilidade de formação de cidadãos de direito. Não existe regra pronta ou roteiro para identificar a autonomia de um usuário, o que temos é a escuta e a observação do funcionamento do usuário na cidade e nos serviços que ele já frequenta, buscando entender qual o significado daquele serviço para ele.

O trabalho em equipe e a organização do trabalho

O processo de trabalho do Consultório na Rua é baseado na atuação da equipe. Embora inegáveis os benefícios do trabalho em equipe, há também a delicadeza das relações entre os profissionais que compõem essa equipe que, se não ajustadas entre os trabalhadores, põem em risco

a necessária integralidade do cuidado e reduzem exponencialmente a resolutividade da equipe.

Urge definir critérios, indicadores, limites e papéis que tornem o trabalho da equipe de Consultório na Rua singular o suficiente para que possamos adquirir uma identidade profissional e organizar nossas práticas.

Nas próximas seções abordaremos questões práticas, e menos conceituais, do processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua; discutiremos a importância do conhecimento do perfil dos indivíduos atendidos pela eCR, como se dá cadastro e registro de informações em saúde, bem como o conhecimento do perfil de atendimento da equipe e como os procedimentos e encaminhamentos feitos pela mesma.

Também discutiremos a importância da identificação de ações prioritárias da equipe a partir desta análise dos dados, que reflete as necessidades do território, e a partir daí uma possibilidade de construção de uma agenda, oferecendo ferramentas de trabalho essenciais para esta construção, trazendo conceitos como apoio matricial, reuniões de rede, atividades coletivas, entre outras.

Análise do perfil da população atendida

Um dos elementos mais importantes para a orientação das ações no processo de trabalho das eCR é o reconhecimento e a análise da população atendida. Em que pese dados gerais sobre a PSR, como os apresentados na UAI, possam nos dar uma boa dimensão do “fenômeno rua”, já sabemos que cada território possui sua especificidade.



A observação sistematizada do campo permite o conhecimento desse território pelo profissional. No entanto, quando falamos de trabalho em equipe, cuidado integral e compartilhado, é fundamental que o que foi observado e realizado com cada usuário não fique apenas na vivência do profissional, mas que seja registrado, de forma a contribuir para:

- * continuidade do cuidado aos indivíduos;
- * compartilhamento das condutas entre os profissionais;

- * reconhecimento das demandas do território;
- * apoio clínico;
- * definição de ações prioritárias;
- * desenvolvimento de educação permanente de acordo com as necessidades;
- * melhoria constante do processo de trabalho e dos serviços ofertados, por meio do monitoramento e da avaliação dos dados coletados.

Em nossa vivência no trabalho com diferentes eCR, observamos ser bastante comum que **o registro das informações seja visto como um trabalho meramente formal, burocrático e pouco útil** para o desenvolvimento do seu processo de trabalho.

Mas de onde vem esta ideia de que a informação é meramente formal e pouco útil?

Muitas poderão ser as respostas. Uma delas é o distanciamento que o trabalhador tem no seu dia a dia de trabalho desses sistemas de informação e dos dados gerados por ele. Outra possibilidade é o quanto o trabalhador do Consultório na Rua se vê ou não representado por aqueles dados, ou seja, o quanto a complexidade da rua é mostrada e contada por meio dos relatórios e consolidados.

Diante disso podemos seguir caminhos diferentes, e quem sabe opostos. Podemos nos afastar dos relatórios e das análises dos dados gerados pelo nosso trabalho, criar ferramentas de registro de dados que não dialogam com as que já existem, gerando informações que pouco terão relevância para os processos de gestão e construção de políticas públicas. Ou podemos, ainda, olhar para o que existe, nos debruçar para entender o sistema de informação, compreender suas potencialidades na análise do meu processo de trabalho, criticar seus limites e refletir sobre possíveis mudanças no mesmo, com a gestão local, regional e quem sabe nacional, por meio deste processo formativo.

Você e sua equipe escolheram seguir qual caminho no dia a dia de trabalho? Vocês possuem como rotina do trabalho do Consultório na Rua olhar os dados da equipe de vocês a fim de planejar e desenvolver ações direcionadas para as necessidades identificadas? A equipe onde você está inserido possui espaços de diálogo e tempo para tal ação? Qual é este espaço? Quanto tempo é disponibilizado para tal ação?

O e-SUS, hoje, é o sistema de informação a ser utilizado pelas eCR, por orientação do Ministério da Saúde, embora outros possam ser utilizados para que as equipes conheçam seu perfil populacional e avaliem seu próprio processo de trabalho.

O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2018).

Para refletir

Qual é o sistema de informação hoje utilizado por sua equipe? Existem dificuldades nos registros das informações? O fato de estar na rua, e não ter acesso diário a um computador e/ou rede de internet, impossibilita ou dificulta o registro dessas informações?



É fundamental que a equipe conheça e utilize variadas ferramentas de leitura do seu território de atuação. Para que a análise dos dados se reflita em mudanças necessárias para o território, é preciso que a coleta e registro destes dados sejam feitos de forma sistematizada.

Dentre outras ferramentas, o e-SUS AB possibilita prontuários eletrônicos, que são um dos potentes instrumentos de conhecimento da população, bem como as informações geradas pelas equipes de Abordagens na Rua da Assistência Social Centros Pop/Creas ou Cras do território. Além disso, é um direito do cidadão ter um prontuário com as informações de saúde, histórico de vida, estratégias de cuidado, diagnósticos sociais, de condições de vida, morbidades, conduta e plano terapêutico, entre outros.

Para refletir

O cidadão em situação de rua atendido por sua equipe tem este direito garantido por vocês, tendo seu prontuário registrado dentro dos serviços? Sem prontuário, como é possível construir e acompanhar o Projeto Terapêutico Singular dos indivíduos?

Há muita potencialidade para o cuidado na análise dos dados (se bem registrados) concentrados nos sistemas de informação! Informações registradas nos sistemas potencializam o cuidado local e, ao mesmo tempo, alimentam os debates e construções das políticas públicas.

Por isso, defendemos que as eCR construam, no seu dia a dia de trabalho, espaços para se debruçar sobre os dados que estão produzindo (e que estão sendo produzidos na rede intersetorial). Com isso, podem discutir ações, repensar direções do trabalho, articular cuidado com outros atores, olhar suas necessidades de atuação, bem como seus limites de formação e, conseqüentemente, garantir acesso qualificado, bem como fortalecer a sua **capacidade de resolutividade no cuidado para a população atendida**.

Detalhando registros e análises

Sugerimos, como possibilidades de atenção e não como padrão de atuação, alguns itens a serem constantemente olhados e discutidos pela eCR, e apresentaremos algumas discussões relacionadas a cada um deles.

Cadastro das pessoas na eCR

Olhar o consolidado dos cadastrados da equipe é de extrema importância para entendermos o funcionamento de uma eCR.

Segundo a Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011, uma eCR poderá ter de 80 a 1000 pessoas cadastradas. Cada estado e município, seguindo esta diretriz, deverá adequar o número de cadastros a depender do número de eCR que possui, ou ainda ampliar o seu número de equipes a depender do número de pessoas em situação de rua existentes no território, demanda esta que deverá ser apresentada e discutida com os níveis centrais de gestão.

Ao cadastrar um usuário, a eCR tem a responsabilidade de buscar, na medida das limitações de uma população com características itinerantes/migratórias prover um cuidado longitudinal em saúde para aquele indivíduo. Para produzir esse cuidado, além de construir vínculo, é necessário organizar o processo de trabalho de tal modo que a equipe tenha ofertas para cada uma das necessidades de saúde do usuário, incluindo-o neste processo de cuidado.

Para refletir

Você sabe quantos cadastrados sua equipe possui hoje? O que isto representa no total de pessoas em situação de rua que hoje existe em sua cidade? Qual é o processo de trabalho de uma equipe com 80 pessoas cadastradas, e qual é o processo de trabalho para uma equipe com 1.000 pessoas?

Cadastrar uma pessoa em situação de rua significa rever a todo o tempo quem é o indivíduo considerado “morador de rua”, e apontar mudanças de perfil na rua, falhas e necessidades de mudanças nas políticas de garantia de direitos.

Para além do número de cadastros, a ficha de cadastro do indivíduo em situação de rua possibilita uma maior compreensão da população a ser cuidada. Conhecer o número de indivíduos do sexo masculino ou do sexo feminino, é de fundamental importância para discutirmos condições ou situações que precisam ser olhadas pela equipe. Por exemplo:

- * Se a população que eCR atende é predominantemente masculina, negra e usuária de álcool, precisamos ficar atentos ao fato de

homens terem maior mortalidade por causas violentas (causas externas) do que as mulheres. Sendo assim, a equipe precisa olhar para os processos violentos no dia a dia da rua, e pensar em ferramentas e instrumentos, como por exemplo, discussões coletivas dos pilares da cultura de paz – respeitar toda a vida, rejeitar a violência, ser generoso, ouvir para compreender, entre outros, para lidar com as questões que surgirão na rua dentro da equipe, com a rede. Pensar que as questões de violência não são de fácil e rápida intervenção, e que algumas questões não serão de governabilidade da equipe, por exemplo, a violência gerada pelo tráfico de drogas. Ainda relacionado às questões de gênero, sabe-se que os homens procuram menos os serviços de saúde para seguimento continuado em saúde, exigindo provavelmente que a equipe faça buscas ativas e sensibilizações relacionadas aos cuidados em saúde para este público.

- * Conhecer o perfil de cor dos cadastrados da equipe significa pensar em ações estratégicas para diagnóstico e tratamentos de determinada morbidade mais prevalente naqueles indivíduos. Como exemplo, sabemos que, na população negra, é maior a prevalência para hipertensão. Esses índices são ainda maiores quando associados ao uso de álcool. Assim, a equipe deverá priorizar buscas ativas de hipertensão nas visitas de rua, nos equipamentos da rede socioassistencial e, em toda e qualquer oportunidade de abordagem, deverá discutir questões de redução de danos no uso do álcool, refletir sobre mudanças de estilo de vida possíveis com esta população, na sua condição de vida, entre outros.
- * O número de mulheres a serem atendidas pode ajudar a dimensionar espaço na agenda da equipe para atendimento de gestantes ou para realização de exames de prevenção de câncer de colo uterino, entre várias outras reflexões.
- * Conhecer a faixa etária da população atendida significa, por exemplo, organizar o trabalho da equipe para se debruçar prioritariamente em:
 - atividades relacionadas ao planejamento familiar
 - cuidados relacionados ao climatério/menopausa e andropausa;
 - ações para articular a rede com as instituições e programa de ensino para crianças e adolescentes ou para a população adulta.

Analisar as características e composições familiares dos indivíduos de seu território de abrangência, significa pensar em quais espaços de discussão e articulações serão necessários com a rede socioassistencial e de habitação, por exemplo.

O registro de informações sobre a população cadastrada também nos permite analisar, no tempo, o perfil dos principais agravos naquele território atendido.

Mapeamento dos principais agravos e as ofertas de cuidado

Qual é o perfil de morbidade na população sob a responsabilidade da eCR na qual estou inserido? Como isto vai se refletir nas minhas ações individuais e coletivas? Quais conhecimentos deverei ter ou buscar para o cuidado responsável daquelas condições?

Essas questões nos provocam a refletir sobre as ofertas de cuidado que a eCR está provendo no território em que atua. Essas ofertas de cuidado precisam estar alinhadas/relacionadas às necessidades da população atendida; para serem planejadas, essas ofertas precisam ser baseadas no perfil de morbidades daquele grupo, o que pode ser mapeado pela observação direta no campo e pela análise dos dados disponíveis nos sistemas de informação utilizados.

Vamos ver, a seguir, dois exemplos de ofertas de cuidado que, normalmente, são necessárias à PSR.

Exemplo 1: Alta prevalência de usuários e dependentes de drogas na situação de rua

Pensando numa oferta de cuidado imediato, isto é, que não seja restrita ao encaminhamento do usuário para um CAPs, um caminho possível para a equipe seria:

- identificar instrumentos que possam ser aplicados para conhecer a relação estabelecida pelo sujeito com a droga;
- promover momentos de escuta individual e coletiva para que o indivíduo fale sobre o uso, histórico de consumo da droga, desejos (parar? Diminuir? Continuar pois não vê problema?);
- garantir espaços em qualidade e quantidade suficientes para a realização de anamnese, exame físico, diagnósticos e intervenções relacionadas ao uso da droga;
- utilizar instrumentos que avaliem o desejo de cuidado do usuário para determinada situação (exemplo: Prochaska, entre outras).

Apesar de termos usado o exemplo do uso de drogas e da tuberculose na rua, essas duas situações podem não ser a maior prevalência de agravos no território da sua eCR, e isto só será possível conhecer por meio do estudo e da leitura dos dados gerados pela própria equipe.

Para conhecer alguns instrumentos, como AUDIT, ASSIST e CIWA-AR, visite:

- <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>
- <http://fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/ciwa-ar-criterios-de-gravidade-da-saa.doc>



Para saber mais sobre o instrumento Prochaska, visite o Caderno de Atenção Básica nº 40 (p. 50-52), disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>.

Exemplo 2: Tuberculose

Este é um exemplo significativo na medida em que é sabido que na rua existe alta prevalência de doenças respiratórias, com destaque para o agravamento da tuberculose. Como oferta de cuidado, podemos pensar em:

- identificar as pessoas com tuberculose acompanhadas por sua equipe;
- verificar como está o tratamento supervisionado dessas pessoas;
- monitorar como está a disponibilidade de “potinhos” para coleta de escarro;
- mapear os serviços de sua rede que possuem raio-X para seguimento dos casos;
- promover as articulações necessárias com a rede socioassistencial local para garantia de acolhimento desses pacientes, se for seu desejo.

Para refletir

Quais são as ofertas estruturadas pela eCR em que atuo para atender às necessidades da população de rua pela qual somos responsáveis?

Procedimentos realizados pelas eCR

Olhar o número de procedimentos realizados pela eCR poderá nos dar diversas pistas do processo de trabalho da equipe. Fará refletirmos, por exemplo, sobre qual a resolutividade que a equipe tem em relação ao cuidado do indivíduo acompanhado por ela; se um procedimento é mais realizado pela equipe por ser conhecido por determinado profissional, que se sente seguro para sua realização, ou se é realizado por realmente ser a maior necessidade no território.

O procedimento realizado pela equipe, ou melhor, a organização para a realização do mesmo deverá o tempo todo dialogar com o perfil de cadastrados da equipe. Por exemplo, como é possível dimensionar o número de exames de prevenção de câncer de colo uterino, bem como todo o material utilizado para tal, sem conhecer o perfil das mulheres e suas faixas etárias? Como fazer provisionamento de insumos e vacinas para influenza sem conhecer o número de idosos ou de pessoas com patologias crônicas que se caracterizam como prioridade de vacinação?

A equipe, conhecendo o perfil de procedimentos que realiza, poderá refletir se tem oferta para os diversos ciclos de vida e para as diversas morbidades clínicas mais prevalentes na rua. Alguns exemplos disso são:

- * Como está o número de testagens rápidas para HIV/sífilis e hepatites dentro da equipe já que é sabido da alta prevalência de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) em populações vulneráveis?
- * Como está a oferta de inserção de D.I.U ou métodos de longa permanência, como o implante subdérmico na população feminina atendida pelo Consultório na Rua?
- * Tem sido feito tratamento com penicilina benzetatina na rua? Como esse tratamento poderia modificar as taxas de prevalência de sífilis em gestantes e/ou sífilis congênita na população atendida pela minha eCR?
- * As aferições de pressão arterial e/ou de punção digital para glicemia capilar estão sendo realizadas nas consultas individuais apenas, ou a equipe tem estratégias coletivas de busca ativa de hipertensão arterial e diabetes na rua?
- * Os atendimentos realizados pelos profissionais da equipe estão se dando na rua? Nas instituições socioassistenciais ou dentro da Unidade de Saúde? O que isso significa?

O médico do Consultório na Rua está habilitado e capacitado, como deveria ser para todo e qualquer médico de Atenção Básica, para a realização desses procedimentos?

Quais os cuidados que deveremos ter, na qualidade de equipe, para a realização de aplicação de penicilina fora do serviço de saúde?

Para refletir

Quais procedimentos têm sido priorizados no cuidado que sua equipe oferta? Eles estão alinhados com as necessidades da população atendida? Há outros critérios para realização desses procedimentos, em especial?

Encaminhamentos realizados pela eCR

Além do que a equipe efetivamente desenvolveu (procedimentos), se debruçar nos encaminhamentos realizados é uma excelente oportunidade de discutir potenciais e dificuldades que a equipe vivencia no seu processo de trabalho.

O número elevado de encaminhamentos para determinado serviço ou estrutura de cuidado pode significar uma ausência de conhecimento e/ou formação sobre determinado assunto ou manejo. O número baixo ou inexistente de encaminhamentos para determinado serviço ou rede pode significar a alta potência da equipe na resolutividade e manejo de determinada condição e/ou morbidade ou, inversamente, pode significar o “não-olhar” da equipe para aquela condição e/ou morbidade.

Todos esses exemplos são inferências às possíveis situações do dia a dia de trabalho de uma eCR, que só poderão se confirmadas e/ou negadas pela própria equipe na análise cuidadosa de seu processo de trabalho.

Vamos a dois exemplos para ilustrar a análise de encaminhamentos.

Exemplo 1

Se uma equipe realiza muitos encaminhamentos para o Caps de adultos, pode significar que ela não tenha ferramentas técnicas relacionadas com os cuidados em saúde mental, que não tenha espaços de encontro, matriciamento e cuidado compartilhado com os serviços de saúde mental na rede, o que gera uma insegurança e despreparo dos profissionais nos cuidados em saúde mental de determinados pacientes.

Exemplo 2

Se uma eCR faz muitos encaminhamentos para os serviços especializados em tratamentos de IST/AIDS, pela alta prevalência de pessoas com diagnóstico de AIDS em seu território, mas não consegue realizar o cuidado da medicação, como controle de dispensação, armazenamento, orientação e monitoramento da administração, talvez necessite de uma capacitação sobre a temática ou alinhamento de fluxos com esses serviços. Talvez haja a necessidade de discutir com a gestão e com os serviços, que em algumas regiões não está descentralizado, como ele pode se adequar para atendimento da dinâmica da rua. Ou, ainda, a equipe pode refletir que a distribuição de preservativos nas visitas de rua não poderá ser a única estratégia de cuidado relacionada com os cuidados das ISTs.

Para refletir

Como tem sido realizado o encaminhamento de casos na equipe em que você atua? Qual o volume desses encaminhamentos? Você e sua equipe já identificaram os serviços que vocês mais fazem encaminhamentos? Vocês possuem uma rotina de encontros com esses serviços? Os encaminhamentos realizados apresentam resolutividade? Sua equipe realizou ou poderia ter realizado alguma ação antes desses encaminhamentos?

Identificação de ações prioritárias

A tríade perfil populacional, demanda da população atendida e capacidade da equipe e rede deve estar alinhada para que seja possível alinhar as prioridades da equipe.

A clínica da rua não pode ser a clínica do improviso, a clínica do “vamos ver o que faremos hoje”. Apesar de a rua exigir flexibilidade e práticas criativas no cuidado das pessoas, ela exige o mesmo compromisso com a técnica e com a ciência que os atendimentos em qualquer outro espaço.

A clínica da rua exige uma ação planejada, o que é possível estabelecer, apesar dos imprevistos e atravessamentos da rua.

Partimos do princípio de análise da equipe. Já trabalhamos utilização dos prontuários eletrônicos para delimitação do perfil da população atendida, após essa etapa, identificamos quais as principais demandas de saúde este perfil populacional apresenta.

Agora, vamos para o próximo passo. Quais serviços são ofertados por você e sua equipe? Essas ofertas atendem as duas questões que analisamos acima? Dificilmente uma equipe consegue atender a toda demanda trazida pelas pessoas em situação de rua. E isso ocorre porque a população em situação de rua, como já citamos inúmeras vezes, traz questões para além do cuidado em saúde. Mas vamos analisar o que ofertamos em relação a saúde da população e quais as questões ficam fora deste limite. Quais os motivos de não ofertarmos este serviço? São motivos de falta de profissionais ou de local adequado? É necessária capacitação específica? São serviços já ofertados por outros pontos da rede? Se sim, este serviço pode ser acionado pela equipe e pelo usuário? Como está sendo realizado este alinhamento da oferta do serviço? É possível que a equipe venha a ofertar este serviço em algum outro momento?

De maneira mais sintética, o estabelecimento de prioridades se dará a partir da análise das necessidades da população, da capacidade de oferta da equipe e das possibilidades da rede intra e intersetorial.

Como exemplos, o quadro que apresentamos a seguir é uma sugestão geral de ações prioritárias de uma eCR, devendo as mesmas serem avaliadas e discutidas pelas equipes ao longo de seu processo de trabalho, em diálogo contínuo com os dados e informações do perfil de cuidado daquela equipe.

Quadro 1 – Exemplos de ações prioritárias para uma eCR

Prioridades	Estratégias de cuidado/pontos de atenção
<p>Ações relacionadas aos diversos ciclos de vida, com mais ou menos ações para determinado ciclo de vida, a depender da maior ou menor existência deste.</p>	<p>Na UAIII, vamos ter a oportunidade de aprofundar formas de cuidar de diferentes condições na rua, mas, para dar um exemplo já nesse momento em que estamos discutindo prioridades, apontamos algumas ações prioritárias para dois grupos:</p> <p>1. Crianças e adolescentes em situação de rua</p> <p>Aproximações e discussões com o núcleo familiar das crianças e adolescentes em situação de rua no território em que você atua, não tendo como único objetivo o retorno familiar, permitem o conhecimento das fragilidades daquela unidade familiar e oferecem elementos que podem potencializar o cuidado.</p> <p>Na lógica do conceito ampliado de saúde de um cuidado integral, é prioritário que a rede de proteção e cuidado desta população seja conhecida e articulada pela eCR. Exemplos de componentes dessa rede são os serviços socioassistenciais da rede formal e informal e de garantia de direitos de crianças e adolescentes (educação, assistência social, habitação, entre outros) existentes no território.</p> <p>2. Mulheres em situação de rua</p> <p>É prioritário que a eCR desenvolva ações de rastreamento e diagnóstico para câncer de colo uterino e câncer de mama, com coletas sistemáticas de colpocitologia oncótica e solicitação de mamografia. Além disso, também é prioritário desenvolver ações de planejamento familiar para essas mulheres, de maneira compartilhada com seus companheiros, e realizar o pré-natal das gestantes.</p> <p>É prioritário também fazer o acompanhamento do período de climatério e menopausa, com ofertas de cuidado que aliviem sintomatologia indesejada nesta fase, bem como promover exames específicos para a faixa etária, como a densitometria óssea.</p>
<p>Ações relacionadas ao cuidado nas diversas condições de saúde.</p>	<p>Algumas morbidades são já identificadas como bastante prevalentes entre a população em situação de rua. Alguns exemplos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis. • Doenças respiratórias, com destaque para a tuberculose e outras pneumopatias. • Transtornos mentais relacionados com substâncias psicoativas. • Transtornos mentais leves, moderados e severos. • Cuidados com o “deambular” das pessoas em situação de rua (cuidados com os pés, pós operatórios de cirurgias ortopédicas, pós operatórios, pós atropelamentos). • Cuidado com as doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes. <p>O manejo dessas morbidades prioritárias deverá seguir protocolos clínicos e diretrizes técnicas existentes.</p>

Em termos de organização da equipe, é necessário que ela esteja preparada para realização de pré natal de qualidade, que atenda às necessidades e especificidades de uma gestante que fica nas ruas. Exemplos de ações a serem realizadas, neste caso, são a coleta de exames de pré-natal no seu local de “moradia” (no caso de não desejo/impossibilidade de ida até a unidade básica de saúde), exames de ultrassonografia obstétrica (USG) em livre demanda nos serviços de referência e planejamento de ações estratégicas para garantir a continuidade do acompanhamento pré-natal.

Quais os protocolos e diretrizes a eCR que você trabalha utiliza para fazer a “Clínica da Rua”?

O Anexo B fala um pouco sobre Prevenção quaternária e saúde baseada em evidências que pode ajudar a refletir sobre protocolos.

Prioridades	Estratégias de cuidado/pontos de atenção
As ações de alcance individual e coletivo .	São ações prioritárias consultas, atendimentos e abordagens individuais nas ruas, nos serviços da rede intersetorial, e nas Unidades Básicas de Saúde, bem como ações coletivas nas ruas, nos serviços da rede intersetorial, e nas Unidades Básicas de Saúde.
As ações de promoção da saúde, prevenção em saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde .	<p>Importante destacar que as eCR deverão desenvolver, como toda equipe de Atenção Básica da rede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações de promoção da saúde, como grupos educativos e de orientação em saúde, atividade laboral para trabalhadores carroceiros em situação de rua, incentivo à atividade física. • Atividades de prevenção, como vacinação, incentivo ao uso de preservativo masculino e feminino, entre outros. • Atividades de rastreamento e diagnóstico precoce de doenças, como coleta de exame colpocitológico, testagem sorológica para HIV e outras IST, encaminhamentos a mamografias de rastreamento, busca ativa de hipertensos e diabéticos, entre outros. • Atividades de tratamento, com manejo clínico, laboratorial e medicamentoso dos hipertensos, diabéticos, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras pneumopatias, infecções de pele, entre outros. • As eCR também deverão realizar atividades de reabilitação física e psicossocial, como o fomento à inserção em espaços de socialização, no mercado de trabalho e na vida escolar.
As ações que abrangem cuidados exclusivo da equipe e cuidados compartilhados com a rede de saúde .	<p>Atividades de matriciamento, encontros de rede, discussão de caso, fóruns e outras estratégias necessárias para o cuidado em saúde dos indivíduos e famílias acompanhados pela equipe são parte de seu processo de trabalho e é importante que assumam caráter prioritário.</p> <p>Para garantia de cuidado integral das pessoas em situação de rua, é necessária a aproximação com os serviços da rede de urgência e emergência, bem como o serviço móvel de urgência (SAMU), serviços da rede especializada em saúde mental, serviços da rede especializada em IST/AIDS, serviços da rede especializada na pessoa com deficiência (Acompanhante da Pessoa com Deficiência, CER – Centros de Especializados em Reabilitação, entre outros). Há também programas que podem ser um suporte no cuidado às pessoas em situação de rua, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), o Programa de Acompanhante de Idoso (PAI), Programa Melhor em Casa, Programa de Auto-Monitoramento Glicêmico, Programa de Oferta de Fraldas, Programa de Acesso a dietas enterais na rede pública, entre outros.</p>

Prioridades	Estratégias de cuidado/pontos de atenção
As ações que abrangem cuidados exclusivo da equipe e cuidados compartilhados com a rede intersetorial .	<p>As eCR podem potencializar muito o cuidado ofertado e a resolutividade das suas ações se trabalharem integradas com a rede intersetorial de cuidados, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços da assistência social dos territórios – equipes de Abordagem de Rua, Centros POP, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Creas), Centros de Referência em Assistência Social (Cras), entre outros. • Serviços da rede de educação como as escolas da região, grupos de alfabetização de jovens e adultos, locais da rede informal de educação, Centros de Complementação escolar do território, entre outras. • Serviços da rede do sistema do poder judiciário, como a Defensoria Pública do Estado e Defensoria Pública da União, Promotoria Pública, grupos de atendimentos jurídicos da região, balcão de direitos humanos, entre outros. • Serviços da rede de habitação, como grupos e serviços que discutam a inserção da População de Rua em moradias populares, programas de bolsa aluguel, entre outros. • Serviços e espaços de arte e cultura, como museus, parques, centros de cidadania, concertos, shows, musicais, cinema e teatro a fim de garantir o acesso das pessoas em situação de rua nestes espaços. • Espaços de discussão e luta por questões relacionadas com a população de rua como fóruns Pop Rua, Comitê Intersectorial das Políticas para a População em Situação de Rua, entre outros espaços a serem identificados pela equipe.

Para refletir

Como sua equipe vem definindo as ações prioritárias a serem realizadas no território? Que critérios têm sido considerados para essa definição? Há planejamento baseado em dados ou a decisão é baseada apenas na observação do campo?

Ferramentas de trabalho

Como dispositivo da Atenção Básica, o trabalho do Consultório na Rua contempla algumas ações necessárias à oferta de cuidado, tais como:

- * matriciamento das equipes;
- * articulação/acionamento da rede intra e intersectorial;
- * condução de atividades em grupo/coletivas;
- * “visitas de rua” (uma versão da “visita domiciliar”), compartilhadas ou não;

- * atendimentos na UBS
- * estratificação de risco

Neste item, apresentaremos algumas das ferramentas que poderão auxiliar as eCR na realização dessas ações e a conduzir o trabalho no seu dia a dia.

Construção de agenda

Com base na observação de campo e nos dados obtidos dos sistemas de informação e outros de natureza epidemiológica, uma eCR pode identificar ações prioritárias para o seu território; de posse dessas informações e considerando o necessário planejamento para produção do cuidado à PSR atendida, a construção de uma agenda é uma ferramenta de grande auxílio na organização do processo de trabalho da equipe.

Trazemos a seguir alguns elementos que devem ser considerados quando da construção da agenda pela equipe. Não temos por objetivo propor uma agenda rígida e/ou padrão para toda eCR e nem recomendamos que assim seja feito em qualquer equipe dessas.



Importante que a frequência e o formato de utilização das ferramentas seja discutida e avaliada por cada equipe a partir de suas necessidades locais.

A primeira coisa que precisamos dizer sobre construção de agenda é que toda e qualquer proposta de agenda deverá ser construída a partir das necessidades da população e das potencialidades da equipe que a atende e da rede local. Preferencialmente, deverá ser construída por toda a equipe, em espaços de discussão, de maneira democrática.

Toda agenda do Consultório na Rua deve ter uma periodicidade pactuada entre a equipe. As agendas semanais, em nossa percepção, facilitam para o usuário. Por exemplo, o usuário sabe que toda segunda, terça e sexta à tarde a equipe estará na rua. Dias de semana também facilitam atividades de frequência quinzenais que se alternam, assim como as mensais. Por exemplo, assembleia toda primeira sexta-feira do mês. Dependendo da capacidade de organização da equipe, as agendas podem ser construídas quinzenal ou mensalmente também; em qualquer das escolhas, deverá ser avaliada e reavaliada constantemente a fim de não engessar os processos de trabalho, tornando-a sempre adequada às mudanças constantes nos territórios de referência e atuação da equipe.

Esta construção se constitui um enorme desafio para as eCR, pois a cada atendimento de um indivíduo em situação de rua, temos à nossa frente diversas necessidades, desde as necessidades humanas básicas, como espaço e cuidados no comer e dormir, até dimensões complexas

Esta construção compartilhada com todos ajudará aquele profissional “acostumado” ou com experiência prévia de construção e utilização de agendas apenas de acordo com alguns ciclos de vida (ex.: consulta de puericultura e de gestantes) ou patologias mais prevalentes no perfil epidemiológico geral da população (ex.: consulta de hipertensão e diabetes), ou, ainda, profissionais com experiência de trabalhar a partir de uma agenda construída por terceiros (ex.: gestor da unidade, sem diálogo com o trabalhador) a olhar com mais atenção para o seu território, adequando sua agenda às reais necessidades dos indivíduos sob sua responsabilidade.

de cuidado nas relações pessoais e familiares e relações com o uso da cidade – essas situações que usualmente não estão na agenda dos profissionais que não trabalham com a rua, e/ou que ainda trabalham no modelo biomédico, centrado na doença.

O tempo da rua e da vinculação com este indivíduo deverá receber atenção especial e contínua nesta construção. Dito de outra forma, as agendas se diferenciarão a depender do momento de atuação desta equipe no território. Por exemplo, a agenda e distribuição de atividades de uma equipe que está sendo implantada no território não é igual à de uma equipe que já está no território há dois anos; a agenda de uma equipe que teve uma mudança recente de muitos de seus profissionais não é a mesma de uma que mantém sua composição há alguns meses, entre outras avaliações e olhares.

Além disso, sabemos que cada eCR tem uma carga horária e horário de funcionamento, o que impacta nesse planejamento. Por fim, é importante frisar também que a definição das ações na construção da agenda deve considerar as mudanças de dinâmica da rua ao longo do dia, bem como o funcionamento, horário de abertura e fechamento dos mais variados serviços da rede.

Para refletir

Sua equipe tem planejado as ações no território e na UBS na forma de uma agenda? Como tem sido essa construção? Ela é democrática? Tem considerado os elementos abordados neste texto? Como tais elementos poderiam contribuir para a organização do processo de trabalho da eCR em que você atua?

Considerando o planejamento feito, o horário de trabalho da sua eCR se adequa à dinâmica das ruas e da UBS de referência? Como é trabalhar no Consultório na Rua no período noturno, quando os serviços de Atenção Básica estão fechados?

Em linhas bem gerais, apresentamos a seguir uma **proposta ampla** de agenda, para ajudá-lo a iniciar uma discussão sobre essa ferramenta com sua eCR, respeitando o espaço de cada **profissional para avaliar suas características e necessidades a fim de garantir o cuidado da população sob a sua responsabilidade, no que tange às especificidades de sua categoria profissional.**

Quadro 2 – Proposta geral de atividades para compor a agenda mensal de uma eCR

Atividade
Reunião equipe
Reunião de rede
Reunião de matriciamento
Reunião de educação permanente
Visitas, atendimentos e consultas individuais na rua
Visitas, atendimentos e consultas individuais na UBS
Visitas, atendimentos e consultas individuais nos equipamentos da Rede de Saúde Intersectorial
Atividades coletivas terapêuticas e de promoção/orientação em saúde na UBS
Atividades coletivas terapêuticas e de promoção/orientação em na rua
Atividades coletivas terapêuticas e de promoção/orientação em Equipamentos da Rede de Saúde e Intersectorial

Reunião de equipe

A reunião de equipe é uma estratégia bastante simples e dentro da governabilidade da equipe para melhoria da organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, do cuidado. São objetivos dessa reunião:

- * Informar;
- * Esclarecer;
- * Promover reflexões sobre o processo de trabalho;
- * Resolver um problema;
- * Decidir;
- * Esclarecer e definir papéis e responsabilidades.

A seguir, apresentamos uma sugestão de roteiro para organizar uma reunião de equipe.

Reunião de equipe

Periodicidade e tempo sugeridos

Semanal, com 2 horas de duração.

Sugestão de momentos para compor uma reunião de equipe

- **Informes (até 20 minutos)**

Momento de compartilhamento de informações que precisam ser conhecidas por todos os membros da equipe. São informações breves, de comunicação fácil e que não tragam necessidade de discussões sobre o tema (por exemplo: eventos que irão acontecer no território, uma formação que esteja sendo oferecida, questões administrativas, entre outros).

- **Pautas (até 1 hora)**

A fim de organizar a dinâmica da reunião, é importante que as pautas sejam apontadas pela equipe ao longo da semana anterior à reunião (como estratégia, pode-se colocar uma folha de papel em um mural comum à equipe, onde os trabalhadores podem ir registrando suas sugestões).

A pauta é um tema comum a toda a equipe que merecerá uma dedicação maior de tempo para ser discutido entre os trabalhadores (ex.: construção da agenda, relação com os demais serviços da rede).

As pautas que vão compor a reunião de equipe têm de passar por uma breve discussão de prioridade entre os trabalhadores (no máximo 5 min), para decidir quais são as sugestões mais importantes para aquela semana. Sugere-se no máximo três pautas por reunião (aproximadamente 20 min para cada pauta).

- **Discussão/estudo de casos (até 1 hora) – intervalo quinzenal**

A discussão de caso tem a função de ampliar as visões sobre o caso, aumentando assim a resolutividade da equipe para com o usuário, além de ampliar também a capacidade de resposta de equipe para casos futuros.

- **Educação Permanente (até 1 hora) – intervalo quinzenal**

Pautado especialmente por temas que tenham surgido a partir dos casos discutidos pela equipe, este momento é para a discussão e acúmulo de habilidades e competências sobre uma determinada temática (ex.: manejo de casos com questões sobre álcool e outras drogas; procedimentos específicos da enfermagem, ou da medicina; estudo e construção de indicadores de saúde da equipe; benefícios de prestação continuada, ou outros benefícios possíveis aos usuários; utilização e valor de uso dos sistemas de informação, estratégias de acompanhamento e avaliação das ações, construção de indicadores de saúde, entre outros exemplos).

Na UAIII, propomos um modelo para construção de caso que pode auxiliar na discussão de um caso durante a reunião de equipe.

Além de espaços potentes de autocuidado, as reuniões de equipe (assim como as de rede) também são muito potentes para a resolução de problemas. Para isso, inicialmente necessitamos identificar quais são os problemas, quais deles são prioritários, quais podem ser resolvidos por nós e quais teremos que desenvolver outras formas para lidar. Precisaremos o tempo todo nos questionar sobre o que significa “resolver” o problema de alguém que esteja em situação de rua, qual o olhar e expectativa da sociedade sobre isso, o que a gestão espera da eCR nesse caso, e o que isso significa para o usuário acompanhado pela equipe.

Neste sentido, propomos aqui algumas reflexões a serem realizadas pela equipe em uma reunião:

- * Que problemas a equipe conseguiu resolver e como?
- * Que problemas a equipe vem destacando como importantes de serem resolvidos?
- * Quais as mudanças necessárias para as resoluções de problemas dentro de sua equipe? Elas perpassam necessidades de modificação nas atitudes da equipe ou necessitam de negociações com outros serviços da rede?
- * O que nesse problema dizia respeito à relação da equipe com o(s) usuário(s) acompanhado? Como foi produzida a resolução do conflito?
- * De que maneira este processo afetou o trabalho da equipe? De que maneira este processo afetou as relações entre os membros da equipe?
- * Quais são os espaços que hoje existem dentro do processo de trabalho de sua equipe para falar sobre isto?

Matriciamento ou apoio matricial

O apoio matricial pode ser definido como um novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (CAMPOS, 1999). É um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado da equipe de referência.

Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção, quando isso for necessário, ela pode pedir apoio para lidar com os casos com os quais sente dificuldade ou tem limitações (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011).



Não existe um momento para matricular e outro momento para ser matriciado: esses processos são concomitantes concomitantemente em todos os encontros entre equipes e serviços, e possuem uma enorme potência e função no que se refere ao aumento da resolutividade e manejo da complexidade da rua. A eCR, conhecedora da rua, dos seus usuários, de seus modos de viver, da clínica ampliada deste indivíduo e de sua família, e da rede, tem muito a contribuir no apoio matricial aos demais serviços, que acolhem e atendem eventualmente pessoas em situação de rua.

No caso das eCR, o apoio matricial seguirá sempre a via de mão dupla. De um lado, as eCR receberão apoio matricial de outras equipes, como os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Especializados de IST/AIDS, ambulatórios de especialidades, entre outros, incorporando saberes e discutindo técnicas e manejos específicos destes serviços e equipes no dia a dia do trabalho com a rua. De outro, realizarão apoio matricial aos serviços já citados e a outros pontos da rede de Atenção à Saúde, como os serviços de urgência e emergência e serviços hospitalares, no que se refere à compreensão da dinâmica e “clínica da rua”.

Ações de matriciamento têm por objetivo sensibilizar e habilitar os parceiros da rede para que o atendimento da população em situação de rua não seja realizado somente pela eCR, mas sim ofertado em parceria, pois quase sempre as questões levantadas pela rua são extremamente complexas e serão mais facilmente atendidas de forma compartilhada.

As ações matriciais (compartilhamento de casos e conhecimentos), além de ofertar maior diversidade de olhares para as questões da rua (casos, território e construção da rede), podem proporcionar também maior envolvimento de todos os implicados (usuários, equipes e serviços); no entanto, a função primordial do matriciamento é ampliar as competências e conhecimentos dos envolvidos para lidar com as questões epidemiológicas, culturais, clínicas, relacionais e éticas que a rua traz.

As equipes e serviços locais têm de se sentir capazes de escutar, acolher, reconhecer parceiros e compartilhar as demandas da população em situação de rua. É aí que o matriciamento entra, possibilitando que um conjunto de ações e ofertas seja proposto a partir do reconhecimento por todos (usuários, equipes e serviços) dos problemas e da construção de respostas conjuntas e mais eficazes.

Considerando sua relação com a população atendida e o conhecimento de suas características e especificidades, bem como a necessidade de apoio para lidar com a complexidade da rua, as eCR têm lugar de destaque no fomento a esses movimentos de sensibilização e qualificação da rede local.

Nesse sentido, é potente que as ações compartilhadas e as ofertas pedagógicas das eCR junto às demais equipes e serviços do território tenham um espaço privilegiado na agenda, pois podem contribuir para facilitar o acesso e para a qualidade dos serviços prestados à população em situação de rua.

Construindo uma reunião de matriciamento

A reunião de matriciamento tem no Projeto Terapêutico Singular (PTS) seu fio condutor. Construir, discutir e monitorar PTS não são os únicos objetivos de uma reunião de matriciamento, porém a estruturação de sua metodologia (diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades e; reavaliação: momento) pode contribuir para solidificar a cultura de gestão de casos tão cara aos espaços que pretendem organizar a clínica e o serviço.

De um modo geral, podemos pensar em duas situações para que um caso seja elegível à construção de um PTS.

- **Casos muito complexos e singulares**

Vão envolver, necessariamente, maior conjunto de saberes, profissionais, parcerias e arranjos institucionais para conseguir aumentar a resolutividade das equipes envolvidas (eCR, ESF, Caps, Centro Pop, Nasf-AB, abrigos), na construção de um plano de cuidado.

- **Casos mais prevalentes no dia a dia das equipes**

Casos que aconteçam com frequência e que ocupem a agenda das equipes sem que orientações mais gerais tenham sido construídas para o seu manejo.

Para as duas situações, o objetivo é acumular, numa construção coletiva de conhecimento, novos elementos de análise dos casos e novas ferramentas para utilizar em casos semelhantes no futuro, além, é claro, de construir propostas terapêuticas eficazes e resolutivas para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Uma forma bastante concreta da eCR se colocar neste lugar de ativadora da rede local para as questões da população em situação de rua é através das reuniões de matriciamento.

Dentre os pontos importantes na **construção de uma reunião de matriciamento**, destacamos os elementos a seguir:

- Sugerimos que as reuniões de matriciamento tenham frequência quinzenal, com duração de duas horas.
- A eCR assume, inicialmente, o protagonismo de “puxar” essas reuniões (enviar os e-mails de convite, articular o local da reunião, telefonar para confirmar a participação dos parceiros e ter função ativa na condução da reunião). Posteriormente, esse protagonismo pode ser compartilhado com os demais parceiros.



- A participação na reunião de matriciamento fica condicionada ao trabalho com a população em situação de rua, isto significa que quem fizer parte da reunião tem interesse direto em qualificar suas intervenções junto à PSR e por consequência se envolver na construção e no compartilhamento das propostas de trabalho.

Dentre as diversas **estratégias de estruturar uma reunião de matriciamento** sugerimos alguns temas/processos, conforme os apresentados a seguir.

- **Discussão de casos**

- Apresentação de casos novos pelas eCR, equipes de AB, Centro Pop, abordagem social dos CREAS, dos CAPS, abrigamentos institucionais e demais instituições locais. Para o período de duas horas, é indicado discutir, no máximo, dois casos novos.

- Devolutivas das ações e intervenções combinadas na reunião de matriciamento anterior. As devolutivas devem ser breves tendo por objetivo o monitoramento das ações e possíveis correções e ajustes nas propostas. Para o período de duas horas, é indicado discutir, no máximo, três devolutivas de casos.

- **Diagnóstico das necessidades e demandas e possíveis ofertas da eCR**

- Apresentação e discussão de dados referentes à PSR do território, com o intuito de oferecer informações de fácil comunicação e que possam ser compartilhados entre todos os participantes da reunião. Esses dados podem informar e orientar as agendas das equipes e as agendas coletivas do território.

- Situações observadas pela eCR na atuação das demais equipes e serviços do território, as quais possam ser trazidas para a reunião como estratégia de ilustrar necessidades da rede em ser qualificada, como, por exemplo, no que se refere à condução compartilhada de casos de TB, HIV/AIDS, álcool e outras drogas, a concessão de benefícios sociais, entre outros. Salientamos que essas observações sobre o funcionamento das demais ofertas locais para a PSR devem ser abordadas pela eCR de forma propositiva, ou seja, a eCR pode trazer as questões por ela percebidas e que podem contribuir para o debate no grupo. Exemplo: “temos observado que o cuidado à TB tem sido difícil. Podemos ajudar trazendo características deste cuidado na próxima reunião. O que o grupo acha?”

- **Elaboração de propostas conjuntas entre as equipes e serviços:**

- Construção de planos de ação conjuntos entre as equipes do território para lidar com as necessidades e problemas percebidos.

- Propostas de atividades coletivas específicas da eCR com as demais equipes locais.



- Propostas de outras ações de educação permanente (por exemplo: temas surgidos a partir das discussões de caso).

- **Ações de monitoramento:**

- Registro das atividades (memória das reuniões de matriciamento), dos participantes e das pactuações realizadas, permitindo monitorar e avaliar o processo de trabalho entre as equipes.

- Discussão e avaliação sobre a evolução dos casos acompanhados pela eCR e pelas demais equipes locais.

De todos os elementos listados como estruturantes da reunião de matriciamento, sugerimos que a discussão de casos, por incorporar fortemente o elemento pedagógico e as ações de monitoramento, por dar “consequência” e continuidade ao trabalho do grupo, devam ter um espaço privilegiado na agenda da reunião de matriciamento.

Para refletir

Como tem se dado o matriciamento com sua equipe? Há reuniões específicas? Os casos são compartilhados? Se não, por quê?

Reunião de rede

Outra ferramenta muito utilizada do processo de trabalho das eCR são as reuniões de rede, que podem ser entre a rede da saúde ou a intersetorial.

As reuniões de rede podem ter por objetivos:

- * Apresentar e discutir o trabalho do Consultório na Rua.
- * Conhecer serviços e processos de trabalho.
- * Realizar discussão de casos a fim de adequar e melhorar os cuidados a um indivíduo, família e/ou situação.
- * Alinhar processos de trabalho compartilhados.
- * Construir projetos de cuidado compartilhado (Projetos Terapêuticos Singulares).

No início das atividades da equipe de Consultório na Rua, é recomendado que a equipe, junto com gestão municipal ou local, promova movimentos de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar desta equipe, con-

siderando inclusive que a maioria dos profissionais não é formada para atuar junto à população em situação de rua.

Recomenda-se que seja realizado contato com as instituições (públicas, privadas e filantrópicas) existentes no território para provocar movimento de aproximação e entendimento sobre o modo de operar da equipe, possibilitando assim, a sensibilização destes para aderir à proposta da reunião.

Nessas reuniões iniciais com a rede, os temas a serem trabalhados podem variar de acordo com as características regionais e as experiências já vivenciadas em cada local, podendo englobar, por exemplo: um cardápio de ações que podem ser desenvolvidas pelo Consultório na Rua (compartilhadas com as equipes de AB e com as demais equipes e serviços do território, e a inserção do Consultório na Rua em ações de rotina das demais equipes e serviços).

Na sequência do trabalho do Consultório na Rua, continuará sendo necessário reafirmar este processo de alinhamento das expectativas de todos em relação à missão, aos objetivos e as ações do Consultório na Rua. Assim, serão necessárias novas pactuações, promovendo o desenvolvimento do trabalho compartilhado e em constante construção de parceria entre o Consultório na Rua e as equipes e serviços do território. São considerados espaços para essa ação de apresentação do Consultório na Rua:

- * Rodas de conversa entre profissionais do Consultório na Rua, as equipes de AB e as demais equipes e serviços locais.
- * Reuniões de matriciamento, ou compartilhamento de conhecimentos.
- * Reuniões gerais da UBS.
- * Fóruns temáticos.
- * Reuniões de profissões específicas.
- * Momentos em ações cotidianas realizadas de forma compartilhada com os profissionais das equipes de AB e outras equipes e serviços locais; atendimentos conjuntos; ações no território; entre outras.
- * Ou qualquer outro espaço já existente no território.

A frequência desses encontros deverá se dar a partir das necessidades daquele território e equipe, no momento de implantação da eCR, ou de abertura de novos serviços da rede intersetorial, entre outros.

Construindo uma reunião com a rede

De um modo geral, as reuniões com a rede têm os mesmos momentos que as reuniões de equipe.

Momentos e duração (sugestão)

Periodicidade e tempo sugeridos: quinzenal, com 3 horas de duração

1º Informes (até 30 min)

2º Pautas (até 1h)

Discussão/estudo de casos (até 1h30) – mensal (**alternando a cada reunião com Educação Permanente**).

Educação Permanente (até 1h30) – mensal (**alternando a cada reunião com Discussão/estudo de caso**).

Para refletir

No momento da implantação da sua equipe, foram realizadas reuniões de rede? Se não, por quê?

E agora, essas reuniões têm acontecido? Como elas têm contribuído para a resolutividade do cuidado ofertado pela eCR?

Se não, a gestão poderia ser mobilizada para auxiliar a articulação entre os diferentes serviços? Como a sua eCR pode contribuir?

Atividades coletivas

As atividades coletivas são importantes ferramentas na construção de relações interpessoais. Para as pessoas que vivem na rua, podem representar um espaço de fortalecimento de vínculos e laços afetivos entre as pessoas em situação de rua e o profissional do Consultório na Rua, mas também entre as pessoas que vivem e convivem na rua. Representam um espaço de troca de saberes, construção de aprendizagem e empoderamento do usuário e, de maneira mais abrangente, representam um espaço de cuidado integral para quem vive nas ruas. Esta atividade poderá ser realizada nos Serviços de Saúde, nos Serviços da Assistência Social, ou ainda no espaço da rua, representando uma grande oportunidade de encontro com a dinâmica da rua e de reconhecimento do “território rua” como espaço coletivo de relações e afetos.

Um material muito rico para discussão sobre trabalho com grupos na Atenção Básica é o Caderno de Atenção Básica (CAB), nº 39 (BRASIL, 2016), onde você encontrará uma discussão geral sobre o trabalho com grupos, algumas dificuldades, tipos de grupos que podem ser realizados e alguns fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo.

Recomendamos fortemente que você faça, neste ponto do seu estudo, a leitura das páginas 67 a 73 do CAB n. 39, disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf e no **Anexo C – Transcrição do Caderno de Atenção Básica n. 39, p. 67 a 72.**

Após a leitura, podemos fazer algumas apropriações para o trabalho das eCR com grupos.

- * **Grupos abertos de acolhimento** podem ser realizados, por exemplo, dentro de um serviço da rede socioassistencial, com pessoas recém-chegadas no local, podendo ter por objetivo apresentar o trabalho do Consultório na Rua naquele local.
- * **Oficinas temáticas** podem abordar questões como geração de renda, artesanato.
- * **Grupo de educação em saúde** para discutir temas como promoção em saúde, orientação sobre alimentação, uso de álcool e tabaco, atividade física, prevenção primária de doenças como imunização, uso de preservativos.
- * **Atividades laborais** com carroceiros em situação de rua, a fim de orientar sobre importância dos alongamentos, orientação postural no trabalho, importância de exercícios de aquecimento no início e final da jornada de trabalho, entre outros.
- * **Grupos de medicação**, para auxiliar o controle e manejo de algumas condições situações clínicas, como por exemplo, hipertensão, diabetes, tuberculose, transtornos mentais, entre outros, considerando as especificidades da rua (ex.: estratégias para tomada de medicação nos horários etc.).
- * **Grupos terapêuticos**, com pessoas em situação de rua nas UBS, nos equipamentos da rede socioassistencial e (por que não?) no espaço da rua.

É importante resgatar, nesse momento, que o trabalho em grupos, tanto quanto os atendimentos individuais dos usuários das eCR, deve se pautar pela lógica da Redução de Danos como ética do cuidado, como já mencionamos na UAI e no início desta UAI.

Para refletir

Como tem sido o trabalho com grupos na sua eCR? Você avalia que a frequência é adequada? Se não, por que motivo? Que tipo de grupo é mais realizado por sua equipe? Como você avalia os resultados obtidos, considerando o cuidado ofertado, a produção de vínculo e a adesão a tratamentos?

A visita de rua

Para as equipes de Consultório na Rua, apesar de não termos o domicílio como usualmente entendemos (uma acomodação privada, protegida e com uma “chave” ou “porta” para o seu acesso), temos o espaço “virtual” ou mesmo físico (delimitado com tapetes, papelão, plantas, sapatos, malas, vasos, tijolos, fitas, entre outros) do domicílio “Rua”. Devemos ter, nesse espaço, o mesmo respeito aos valores sociais e culturais que a assistência domiciliar de outras equipes de Atenção Básica.

Realizar uma visita de rua e na rua é estar verdadeiramente com o usuário objeto de cuidado das eCR, é estar dentro do seu espaço de cuidado e de vida, é poder observar seu cotidiano, avaliar contextos de vida, suas dinâmicas de relações, conhecer sua família, seus “vizinhos” e rede de suporte e recursos.

Sabemos que esta entrada no domicílio rua é acompanhada por várias adversidades, desde a chegada até o local (que poderá ser uma rua qualquer, uma praça, um viaduto, um buraco, o encanamento de esgoto, um cemitério, um terreno abandonado, entre outros) até aquelas relacionadas aos desafios que as pessoas em situação de rua enfrentam, como por exemplo as variações climáticas (sol, chuva, vento), a violência (como “rapa”, as brigas, os xingamentos de outras pessoas, em situação de rua ou não), entre outras. Mas é importante destacar que as eCR também identificam nessas visitas de rua as potencialidades nas relações da rua: afeto, relações carinhosas de amizade e companheirismo, situações que possam significar uma importante rede de apoio e suporte nos cuidados em saúde daquele indivíduo e sua família, entre outros aspectos.

“Rapa” é uma nomenclatura usada para referir-se aos Serviços das Prefeituras Municipais compostos por diferentes órgãos, a depender do município, que atuam recolhendo pertences de pessoas em situação de rua (como colchões, documentos e roupas) e de profissionais informais (camelôs) que estejam realizando comércio nas ruas.

Para refletir

Como têm sido feitos os atendimentos na rua pela sua equipe? Que importância isso tem na agenda? O que você aprende com os usuários que atende quando vai à rua? Como isso influencia no cuidado que a equipe oferece? Como influencia na organização da UBS?

Visitas e atendimentos de rua compartilhados

O atendimento compartilhado representa uma potente possibilidade de encontros entre equipes e serviços. Para organizar ações compartilhadas, é preciso existir aproximação, discussão, contato, e isto, por si só desloca as equipes e serviços do seu lugar comum, do seu “habitual” fazer, já que necessariamente traz um diálogo entre diferentes práticas e saberes.

Ampliar os cenários e agentes envolvidos em determinado cuidado significa ampliar um cardápio de ofertas. Esta ampliação poderá se dar por meio de atendimentos conjuntos, discussões de projetos terapêuticos singulares, encontros de rede, análise de dados epidemiológicos, conversas ao telefone, entre outros. Neste item focaremos na visita de rua.

Como dissemos no início desta UA, compartilhar cuidados no cenário da rua, exige planejamento, discussão, desconstrução de mitos e estigmas, entre outros; por ser um cenário desconhecido do ponto de vista das necessidades de cuidados em saúde para a maioria dos serviços e equipes de saúde, a equipe de Consultório na Rua tem papel fundamental neste processo, por seu conhecimento sobre a dinâmica da rua e vínculo com as pessoas que ali estão.

Embora os atendimentos compartilhados tenham grande potência para o cuidado, é necessária uma avaliação criteriosa para a realização de visitas de rua compartilhadas com outros profissionais de outras equipes e serviços dentro do processo de trabalho do Consultório na Rua, já que é sabido a importância do vínculo e, por vezes, a dificuldade de estabelecer relações de confiança com pessoas em situação de rua. Assim, como em qualquer outro domicílio, devemos perguntar ao nosso usuário se podemos ou apresentá-lo para outros profissionais que poderão ajudá-lo no seu cuidado em saúde.

Outros serviços, como os socioassistenciais, podem utilizar a mesma estratégia de se aproximar do usuário por meio das eCR para iniciar um processo de vinculação e conseguir desenvolver suas ações.

Um exemplo interessante são os usuários em sofrimento mental grave que não desejam ir a nenhum outro serviço, mas com o vínculo dos profissionais do consultório na rua podem aceitar que um profissional do Caps vá até ele na rua. Com isso, as equipes podem ampliar o olhar no cuidado e desenvolver estratégias que possibilitem uma melhora no sofrimento mental deste usuário, mesmo não frequentando o serviço especializado. Desta forma, o profissional contribui nos cuidados daquele indivíduo e/ou família, mas o vínculo direto e imediato continuará sendo com a eCR. É justamente a qualidade desse vínculo com a eCR que determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas, como já dissemos.

Assim, antes da realização de uma visita de cuidado compartilhado na rua, deve existir uma fase de avaliação inicial do caso, com a leitura e discussão das informações obtidas no prontuário, discussões da situação/caso entre os atores que estarão envolvidos na visita de rua, ou ainda um atendimento compartilhado dentro da Unidade Básica de Saúde daquele indivíduo que será visitado na rua.

Antes dos atendimentos e visitas compartilhados na rua, deve-se discutir os seus objetivos, estabelecer um roteiro básico a ser seguido e definir quais profissionais acompanharão a eCR durante a intervenção.

Mesmo não havendo roteiro rigidamente preestabelecido de como se deva organizar uma **visita ou atendimento na rua**, é possível delinear, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade:

- * Discussão do caso entre profissionais da eCR e os profissionais de outras equipes e/ou serviços que farão a visita/atendimento compartilhado.
- * Definição de prioridades nas ações de apoio.
- * Consenso da necessidade de realizar o atendimento e visita de rua compartilhado.
- * Planejamento do atendimento propriamente dito (agendamento de data e horário).
- * Solicitação de permissão do indivíduo ou família, por parte dos membros da eCR para que o atendimento por outros profissionais seja realizado.
- * Preparação de materiais necessários durante o atendimento e visita de rua: equipamentos, papéis, formulários ou instrumentos.
- * Checagem de dados e revisão do roteiro proposto para o atendimento e visita de rua entre profissional do Consultório na Rua e profissionais de outras equipes.
- * Execução do atendimento e registro em prontuário das informações coletadas.
- * Discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas a partir da consolidação dos dados e fatos obtidos na fase de avaliação.
- * Avaliação dos cuidados propostos e realizados a partir da visita de rua, entre as equipes e o indivíduo, e ou família visitados.

Para refletir

Sua equipe tem realizado atendimentos compartilhados na rua?

- Se sim: com quais profissionais/serviços? Como é planejado? Que estratégias vocês têm utilizado para facilitar as consultas compartilhadas na rua? No que esse roteiro que oferecemos contribui para o processo que sua equipe vem desenvolvendo e no que pode ser aperfeiçoado? Como as consultas compartilhadas na rua têm contribuído para a resolutividade da sua eCR? Que espaço têm na agenda da equipe?
 - Se não, por quê? As reuniões de rede poderiam potencializar as articulações com outros serviços?
-

Atendimento individual compartilhado dentro dos Serviços da Rede de Saúde

Assim como acontece para os usuários atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, o atendimento ou consulta compartilhada de pessoas em situação de rua dentro dos serviços da rede de Saúde pode e deve ser uma importante ferramenta no processo de trabalho das eCR. Ele poderá acontecer de diversas formas e com vários profissionais de outros serviços, como por exemplo, com um profissional da Unidade Básica de Saúde, do Serviço Especializado em IST/AIDS, do Centro de Atenção Psicossocial, entre outros.

Este atendimento compartilhado poderá ter diversos objetivos:

- * Fortalecer o vínculo preexistente de confiança do usuário com a eCR e um profissional de outro serviço que passará a realizar atendimentos sistemáticos para o mesmo, por exemplo, um paciente que recebeu recentemente um diagnóstico de hepatite C e que necessitará de acompanhamento regular com médico especialista, em ambulatório específico.
- * Facilitar a comunicação e a coleta de dados por parte do profissional do outro serviço, bem como ajudar este profissional a entender melhor a dinâmica da Rua e o trabalho do Consultório na Rua.
- * Permitir a pactuação de ações de cuidado para o indivíduo entre profissionais com diferentes saberes e atuações.
- * Possibilitar ao profissional ou equipe de outro serviço, que está fazendo apoio ao Consultório na Rua, contato com a realidade do paciente que vive/mora nas ruas, adequando terapêuticas e estratégias de cuidado ao mesmo.

- * Possibilitar a discussão sobre o caso antes e após o atendimento entre os profissionais envolvidos.

Para refletir

Sua equipe realiza atendimentos compartilhados na unidade ou somente na rua?

Se sim, como tem sido o processo para realização desses atendimentos? Você vê proximidade entre o que vêm fazendo e os objetivos que listamos? Que espaço os atendimentos compartilhados na UBS têm na agenda da equipe?

Se não tem realizado, quais são os entraves? Que estratégias poderiam ser utilizadas para superá-los?

Instrumentos de estratificação de risco

Aqui, apresentaremos brevemente algumas escalas de avaliação de risco familiar, que poderão ser utilizadas para as diversas composições familiares da rua. Nenhuma delas fora criada especificamente para utilização na situação de rua, e nem há adaptação validada para tal. Assim, os instrumentos poderão ser estudados a fim de direcionar e dar “pis-tas” para as eCR na identificação de maiores vulnerabilidades nas ruas.

Escala de Coelho

A Escala de Coelho, também conhecida como Escala de Risco Familiar, é utilizada para priorizar os atendimentos nas visitas domiciliares de uma equipe de Estratégia Saúde da Família, por meio de um score aplicado na “Ficha A” de cadastro dos indivíduos da equipe. A ficha A do SIAB recolhe informações demográficas e socioeconômicas das famílias de determinada área de abrangência; algumas destas informações serão pontuadas por este score definindo se aquela família precisa ser visitada com maior brevidade e maior frequência. Como exemplo de situações que elevam o Score de Risco de determinada família está o indivíduo acamado, deficiente físico, deficiente mental, baixas condições de saneamento e desnutrição grave.

Fonte: Os autores.



Para ler mais sobre essa ferramenta, indicamos:

- <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104> - Texto Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.
- <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/153> - Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
- <https://periodicos.ufrn.br/article/view/4437/4021> - Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Escala de F.I.R.O

A F.I.R.O., acrônimo de Fundamental Interpersonal Relations Orientation, constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos. A sustentação da F.I.R.O. faz-se por meio de um instrumento, denominado de FIRO-B, que contém seis escalas de nove itens de questões. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para dar feedbacks às pessoas nos grupos.

A F.I.R.O. aplica-se às unidades familiares nas seguintes situações: quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões da inclusão, do controle e da intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto e quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem.

Fonte: Mendes (2012).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Em português, tradução livre, seria Problema, papéis e estrutura, Afeto, Comunicação, Tempo na vida, Moléstia na família, Formas de lidar com o estresse, Ambiente ou ecologia.

Escala P.R.A.C.T.I.C.E

A expressão P.R.A.C.T.I.C.E. representa as palavras em inglês: Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology. O P.R.A.C.T.I.C.E. opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de que intervenções são mais adequadas a um caso específico. Esse modelo foi proposto para utilização em situações mais complexas. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Ele fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico, podendo ser usada para assuntos de ordem médica, comportamental ou de relacionamentos.

Fonte: Mendes (2012).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Em português, tradução livre, APGAR seria Adaptação, Parceria, Crescimento, Afetos e Resoluções.

Escala de Apgar Familiar

O APGAR Familiar é, também, um acróstico mnemônico das palavras inglesas: A, Adaptation; P, Partnership; G, Growth; A, Affection; R, Resolve. É um instrumento desenvolvido por Smilkstein em 1978. O APGAR reflete a satisfação de cada membro da família.

O APGAR Familiar é um questionário autoadministrado de cinco questões fechadas que deve refletir a satisfação de cada membro da família. Esse questionário permite observar a percepção de uma pessoa sobre o estado funcional de sua família. Ele dá uma visão rápida e panorâmica dos componentes da função familiar. Serve para diferentes tipos de famílias,

é de fácil aplicação e interpretação e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Essa ferramenta tem um número reduzido de itens, a condição cultural do entrevistado não influencia os resultados, e pode ser aplicada a partir dos dez anos de idade e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos.

Observações de sua aplicação permitem verificar que existe boa coesão entre escores baixos e presença de problemas de relação na família. Esse instrumento não mede a funcionalidade familiar, apenas o grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito ao funcionamento da família.

Fonte: Mendes (2012).

Genograma

O genograma ou árvore de família é uma metodologia de coleta, armazenamento e processamento de informações construído por símbolos gráficos e outros símbolos como dia de nascimento, eventos significativos, nomes e condições de saúde. Na representação simbólica, as figuras geométricas são as pessoas e as conectoras, as suas relações. A pessoa que ocupa papel central no genograma é, em geral, aquela que gerou o desenho desse instrumento e se torna estruturante do problema e da representação familiar.

Fonte: Mendes (2012).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Ecomapa

O Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita. Ele não é mais do que uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, desenhando, poderíamos assim dizer, o seu “sistema ecológico”. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

Fonte: Agostinho (2007).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366>

Oferecemos aqui alguns instrumentos que, na prática de trabalho nas eCR existentes, têm sido utilizados, contribuindo para a organização dos processos de trabalho e para a resolutividade das equipes.

Tem muita coisa boa sendo produzida no trabalho das equipes para compartilharmos! Por isso, sugerimos que divulgue para seu tutor e turma (no AVA), de forma a ampliar essa discussão com a contribuição e riqueza do trabalho que as equipes que estão representadas aqui no curso já desenvolvem!

Para refletir

Que outros instrumentos/ferramentas você e sua equipe têm utilizado além desses?

Instrumentos de monitoramento e avaliação das equipes de Consultório na Rua

Discutimos até o momento a importância da utilização das informações e ferramentas de trabalho das eCR a fim de orientar o seu processo de trabalho. Outro papel dessas informações produzidas é servirem para monitorar e avaliar a efetividade do trabalho de uma eCR, tanto por ela mesma como pela gestão.

É claro que há expectativas diversas entre os profissionais da equipe e os gestores, e é importante que o uso dessas informações tenha como objetivo a melhoria do cuidado ao usuário. Orientados por essa ética, equipe e gestores podem (e devem!) compartilhar e alinhar essas expectativas. Dependendo dos contextos e das relações (governabilidade), a equipe pode construir objetivos da sua atuação e os elementos de monitoramento de saúde que, em consonância com esses objetivos, julgar serem pertinentes para monitorar e avaliar sua atuação. Se a equipe tiver construído e pactuado objetivos e elementos entre seus trabalhadores e a gestão local, ficará mais fácil o trabalho e as conversas e acordos com a rede.

Para refletir

Como é a relação com a gestão local da sua eCR? É possível estabelecer esse diálogo? Se não, por quê? Que estratégias poderiam ser utilizadas para que o monitoramento e a avaliação dos indicadores pela gestão não sejam descolados das compreensões da equipe sobre o trabalho que desenvolvem?

Os elementos pactuados emergem das análises do território, das necessidades da população e da atuação da equipe. Para avaliá-los, é necessário escolher uma metodologia para a divulgação e apresentação (relatórios, reuniões de equipe, fóruns, entre outros), bem como uma metodologia para discussão dos resultados obtidos.

É importante que se determine as prioridades a serem monitoradas, uma vez que não é preciso (e nem possível!) acompanhar todas as ações, mas sim os marcadores que sirvam de alerta, indicando adequação ou

falha no atendimento às necessidades da população e, consequentemente, no processo de desenvolvimento das ações de cuidado.

A seguir, apresentamos algumas **informações importantes** para monitoramento das ações de saúde e **sugerimos alguns elementos de avaliação do processo de trabalho** do Consultório na Rua, para que você leve para discussão com sua equipe:

✱ **Situação de saúde** da população atendida (hipertensos, diabéticos, doenças de pele, pessoas com necessidade a partir da relação com as drogas etc.). Exemplos de indicadores:

- Número total de indivíduos com diagnóstico de hipertensão em relação ao número total de indivíduos cadastrados
- Número de hipertensos acompanhados na equipe, em relação ao número total de hipertensos cadastrados na equipe
- Número de gestantes em seguimento pré-natal pela equipe, em relação ao número de gestantes identificadas
- Número de pessoas com transtornos mentais severos em cuidado compartilhado com serviço especializado de saúde mental (Caps)
- Prevalência de indivíduos em situação de rua realizando curativos sistemáticos e regulares para lesões de pele
- Número de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas em seguimento longitudinal com a eCR

✱ **Resultados de pactuações** realizadas no âmbito municipal (discussão de casos, encaminhamentos, realizações de fóruns, ações intersetoriais etc.). Exemplos:

- Número mensal de reuniões de discussão de casos com a rede de assistência social
- Número de pessoas inseridas na rede formal e/ou informal da educação
- Número de visitas compartilhadas realizadas com as equipes de abordagem social
- Número de atendimentos individuais compartilhados realizados na UBS

✱ **Elementos para o monitoramento das ações da eCR** no território. Exemplos:

- Número de atendimentos
- Número de visitas em campo
- Número de reuniões de equipe reuniões com a rede



Tão importante quanto a avaliação dos processos de trabalho das equipes é a avaliação da efetividade da mesma, e para tal é importante observar os **resultados alcançados em relação aos objetivos definidos** de uma ação ou trabalho. Assim, para que as equipes e gestores tenham clareza sobre os resultados e objetivos esperados é importante **definir previamente e pactuar mecanismos de registro das ações e atividades prioritárias**.

- Número de ações coletivas
- Número de acompanhamentos de usuários em sofrimento mental grave, hipertensos, diabéticos, grávidas, ISTs, HIV

É importante que frequentemente as eCR, de maneira compartilhada com a gestão local, avaliem seu processo de trabalho, a fim de reorientar suas direções e diretrizes (e construam novos indicadores, se for o caso). Sugerimos algumas perguntas que podem auxiliar neste processo de avaliação.

- * Este programa ou ação atende à necessidade das pessoas?
- * Os usuários conseguem identificar quais as ações são desenvolvidas pela eCR?
- * Os usuários sentem que suas necessidades estão sendo atendidas?
- * Os usuários têm facilidade no acesso à eCR?
- * Os usuários têm suas necessidades e demandas de saúde atendidas pela eCR?
- * As atividades são realizadas conforme planejado? Se não, por quê? O quanto isso tem impactado no cuidado e no alcance dos objetivos estabelecidos pela equipe para sua atuação?
- * Os objetivos foram alcançados? Se não, por quê?
- * Devemos manter o nosso processo de trabalho?
- * Como nosso processo de trabalho poderá ser aprimorado? Devemos mantê-lo como está ou há aspectos a serem aprimorados?

Para refletir

Com quais elementos de monitoramento das ações a sua equipe tem trabalhado? Como vocês têm utilizado as análises desses dados para melhoria do cuidado ofertado?

Estratégias de preservação do trabalhador da eCR: autocuidado e ações da gestão

Atuar numa equipe que se orienta por todas as ações e diretrizes da Atenção Básica e, ainda, lida com as características e demandas específicas da população em situação de rua é um grande desafio. É uma ação muito potente, e, ao mesmo tempo, um caminho que leva a muitos

enfrentamentos, por vezes feitos de forma mais branda e mais “diplomática” com a equipe, a gestão e a rede. Já em outras, são agressivos, duros, pesados para todos os envolvidos, inclusive para o usuário/paciente. E, para toda reação agressiva e dura, existirá uma força contrária a ser enfrentada e que provoca sofrimento no trabalhador.

Para refletir

Como são os enfrentamentos que realizamos diariamente?

As dificuldades são enfrentadas de quais maneiras pela eCR? Como agimos, na qualidade de profissionais, quando os entendimentos não são únicos e iguais dentro da equipe? Que espaços existem para que esta equipe possa definir melhor estratégias para o cuidado, mesmo com opiniões diversas sobre o caminho a seguir? Essas negociações são fáceis? Existem resistências para negociações? Outros dois pontos a serem avaliados são a relação da sua equipe com a gestão e com a rede de trabalho. Como as diferentes gestões da cidade interferem no trabalho de sua eCR? Como sua equipe dialoga com esta gestão?

Ou não dialoga?

Outro ponto a ser considerado é o estigma e as situações de violência que a população em situação de rua sofre, como vimos na UAI. Estes são elementos que interferem diretamente nos processos de trabalho e na percepção dos trabalhadores acerca do resultado de suas ações. Neste ponto é importante refletirmos sobre nossa expectativa em relação aos resultados de nossas ações. A dicotomia entre o desejo do trabalhador e o desejo do usuário também produz sofrimento.

É fundamental que a eCR tenha espaços para conversar, refletir sobre o seu trabalho, olhar para o seu funcionamento diário, o seu modo de ação na rua e em outros espaços, redirecionar os caminhos do cuidado, olhar para a relação entre os seus componentes, para a relação que estabelece com os trabalhadores de outras redes de cuidado, com os gestores locais, regionais e centrais, enfim, olhar verdadeiramente para o seu **processo de trabalho**, considerando de forma fraterna e transparente, todos os fatores que têm interferência nesse trabalho.

Segundo Santana e Rosa (2016):

[...] muitos profissionais iniciam o trabalho com a situação de rua com bastante empolgação e vontade de realizar mudanças na vida das pessoas. No entanto, empecilhos vão aparecendo e as soluções não são tão simples. Assim, com o tempo, a atividade vai se tornando mais pesada e podemos observar que profissionais passam a apresentar algumas formas comuns de responder ao trabalho:

- Ansiedade relacionada a situações de risco da pessoa atendida.
- Desejo intenso de tentar repetidamente persuadir a pessoa a aceitar um encaminhamento.
- Frustração e necessidade de utilizar medidas involuntárias quando alguém com comprometimento grave não consegue se vincular a um serviço.
- Conflitos com familiares da pessoa em situação de rua.
- Sensação de estar sobrecarregado.
- Medo das reações da pessoa que está atendendo.
- Violação de limites éticos para responder as necessidades da pessoa (ex.: dar dinheiro).
- Culpa ao voltar para casa pensando naquele que está dormindo nas ruas.
- Raiva ou frustração quando a pessoa não vai a um compromisso marcado.
- Relutar em continuar atendendo quem não compartilha dos mesmos objetivos e valores.
- Frustração e impotência quando seus esforços não parecem ser valorizados.
- Distanciamento afetivo de pessoas exigentes, que pedem muito, miseráveis ou sobrecarregadas.

As próprias experiências de vida também influenciam nas respostas ao trabalho com a situação de rua. Esses aspectos são individuais e eles interferem principalmente se:

- Alguém da família de quem trabalha com pessoas em situação de rua tem problema com álcool e drogas, ou tem um transtorno mental ou já esteve em situação de rua.
- O profissional está passando ou passou por problemas semelhantes ao da pessoa que está atendendo, apresentando, assim, dificuldade em diferenciar o processo da pessoa do seu próprio processo de recuperação.



- O profissional nunca esteve em situação de rua ou nunca se deparou com a possibilidade de ficar em situação de rua.
- O profissional se enxerga como uma pessoa que venceu todas as dificuldades e conseguiu erguer-se sem precisar de ajuda e contando apenas com o esforço pessoal.
- O profissional tiver dificuldade em trabalhar com pessoas “esquentadas”, que são excessivamente passivas ou que são muito insistentes e querem fazer as coisas do jeito delas.
- Trabalhar com população em situação de rua for algo novo para o profissional.

Para refletir

Você ou sua equipe já tiveram a oportunidade de refletir ou pensar nestas questões apontadas? Já tiveram a sensação de passar o dia “apagando incêndios” ou “enxugando gelo”? Quantas vezes já não ouviram que este era o trabalho do Consultório na Rua? O que isto pode gerar na equipe? Como transformar estas falas e sensações em potência para continuar? Ou ainda, como não adoecer diante de tudo isto?

Traremos aqui três situações de sofrimento e adoecimento comuns em profissionais que trabalham com populações de alta vulnerabilidade, segundo Santana e Rosa (2016).

1. Síndrome de burnout

Recorrente em situações de trabalho que acarretam alta demanda emocional, essa doença faz parte da Classificação Internacional das Doenças (CID), sob o código Z73.0. Ela é considerada um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. O termo, de origem inglesa, tem o sentido literal de “apagar”, depois que uma queima terminou. O conceito médico, no entanto, tem o sentido de “esgotar-se”, ou seja, uma pessoa com síndrome de burnout apresenta um quadro de **esgotamento** relacionado ao trabalho.

Veja a seguir os principais sinais e sintomas:

- esgotamento físico ou emocional pelo trabalho;
- atitudes negativas e cínicas;
- agressividade e irritabilidade;

É importante perceber a diferença em relação à síndrome de burnout, que pode acontecer com qualquer profissional submetido a trabalhos com exigências emocionais, mas não necessariamente histórias traumáticas. O trauma secundário ocorre apenas em pessoas que são expostas ao convívio com usuários que vivenciaram e compartilharam histórias de traumas ou imagens violentas.

- sensação de incompetência e falta de sucesso no trabalho;
- baixo desempenho;
- baixa autoestima, culpabilização do atendido ou da equipe;
- isolamento;
- mudanças bruscas de humor;
- dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão,
- pessimismo.

A **causa** desse esgotamento vem de algumas características específicas do trabalho da pessoa:

- Alta demanda combinada com pouca influência no processo de trabalho.
- Muito engajamento sem reconhecimento ou gratificação.
- Pouco suporte social.

2. Trauma secundário

Também chamado de **traumatização secundária** ou de **traumatização vicariante**, acontece em pessoas que não vivenciaram uma situação traumática “na pele”, não são as vítimas propriamente ditas, porém entram em contato com histórias (ou imagens) de trauma e violência diversas. Ouvir e ver tantas situações de violência e entrar em contato com o sofrimento das vítimas faz com que o profissional também se traumatize e, com isso, passe a manifestar sintomas que podem ser muito semelhantes aos da vítima inicial. Alguns autores falam de um efeito cumulativo das histórias traumáticas, pois há profissionais que manifestam sintomas após ouvirem diversas histórias, não apenas uma.

Um exemplo de uma situação de trauma secundário é o de uma profissional que atendeu uma mulher vítima de violência sexual. Depois de ouvir essa história e empatizar com o sofrimento da moça, passa a “ver” imagens da situação vivida pela vítima, começa a temer o contato com homens e a evitar lugares, pois passa a achar que neles poderá ser vítima de violência sexual.

A partir desse exemplo, conseguimos descrever alguns sintomas do **trauma secundário**:

- Revivenciar os eventos traumáticos do outro (pode vir na forma de imagens nítidas).
- Evitar situações e locais relacionados ao evento traumático do outro.
- Preocupação exagerada com a própria segurança, com receio de que também se torne uma vítima.



- Estado de tensão, alerta, ansiedade e irritabilidade constantes.
- Perda da confiança no mundo e aparecimento de ceticismo.
- Perda da estima por si, não reconhecendo mais seu valor.
- Distanciamento afetivo das pessoas próximas, não reconhecendo mais o valor de seus próximos.

3. Fadiga da compaixão

Outro conceito bastante adequado para descrever os efeitos do trabalho observados em profissionais que trabalham com pessoas com alta vulnerabilidade social é a **fadiga da compaixão**.

Essa doença foi inicialmente descrita como um tipo específico de síndrome de burnout, pois estaria associada às profissões que requerem o estabelecimento de um vínculo empático, como o trabalho de enfermeiros e psicólogos. Assim como a síndrome de burnout, há um estado de exaustão e disfunção, com a diferença de que se entende que isso seria resultante da exposição prolongada a situações que despertam compaixão, mas também causam, ou passam a causar, estresse.

A compaixão surge a partir de um encontro em que há sofrimento do outro. E, para trabalhar com pessoas em sofrimento, o profissional deve empatizar e se vincular. Empatia e compaixão são necessárias ao trabalho dos profissionais que atuam com pessoas em situação de rua, mas trazem risco. Como descrevem alguns autores, o “custo do cuidar”.

Algumas vezes, os familiares, companheiros e amigos dos profissionais com fadiga da compaixão também são afetados por esse mesmo problema, uma vez que veem seu ente querido em sofrimento frequente.

Como exemplos de manifestações de pessoas com fadiga da compaixão, podemos citar um profissional que não dá mais ouvidos às histórias pessoais ou reclamações de amigos com quem sempre manteve uma relação próxima. Ou um profissional que sempre gostou de ficar com os filhos no tempo livre e passa a não querer mais estar junto ou não vê a hora deles saírem de perto.

Fonte: Extraído de Santana e Rosa (2016).

Apenas para esclarecer, compaixão pode ser definida como “dor que nos causa o mal alheio; participação da dor alheia com o intuito de dividi-la com o sofredor” (COMPAIXAO, 2015).

Outras questões, para além das questões emocionais ligadas ao atendimento a pessoas em sofrimento mental e privadas de acessos dos mais diversos, como moradia e até mesmo acesso a serviços públicos, são as questões ligadas à segurança do trabalhador. Nos cabe aqui uma releitura da máxima da segurança em caso de despressurização nos aviões: “Em caso de emergência coloque a máscara primeiro em você e somente depois ajude o outro”.

Vamos falar sobre algo que nos é muito caro. Trabalhar com população em situação de rua nos remete a tudo o que citamos anteriormente e, para além disso, nos mobiliza de tal forma que pode nos cegar em relação aos riscos. É comum ouvir dos profissionais que entram em qualquer mocó ou regiões conturbadas para atender às pessoas que lá vivem. Não seria necessário fazer avaliação de risco para analisar quando estamos nos colocando em risco? Quais equipamentos de segurança você e sua equipe costumam utilizar? Outras perguntas são valiosas nesta avaliação: o local que a equipe vai visitar oferece risco? Quais horários apresentam menor risco?

As violências vivenciadas no cotidiano do trabalho geram impacto na saúde mental dos profissionais. Quais as maneiras possíveis de amenizar esses impactos para os profissionais?

Como lidar com esses sofrimentos?

O cuidado com pessoas em situação de rua pode nos apresentar a sofrimentos humanos intensos, pois nos mostra um lado da sociedade que todos, incluindo nós mesmos, tentamos retirar de nossas vistas. A ansiedade em realizar o cuidado do/com o outro e uma percepção (equivocada!), em alguns casos, de que as habilidades para fazer isso são inatas por vezes podem nos mobilizar emocionalmente. Vemos, escutamos e observamos o adoecimento de pessoas com grande sofrimento mental.

Uma primeira estratégia para lidar com os sofrimentos produzidos pelo trabalho na eCR é ter um momento, um espaço para falar sobre tudo isso dentro da equipe e pensar em estratégias de autocuidado para os profissionais.

Este espaço poderá ser, por exemplo, uma reunião de equipe, que, para além do espaço de discutir o caso, poderá refletir sobre o que e como aquele caso vem interferindo no estado psíquico dos profissionais envolvidos.

Outra discussão dentro da reunião de equipe é de que maneira os indicadores de trabalho, produção e relatórios do Consultório na Rua podem ser uma fonte psíquica protetora ou adoecedora, dependendo da ótica que temos sobre esse trabalho. Mas o que isto quer dizer? Olhar para os indicadores e relatórios como meros papéis que nos sobrecarregam e burocratizam os processos, com certeza, é adoecedor, mas olhar esses mesmos instrumentos como uma potencial ferramenta de planejamento e organização do trabalho, será capaz de minimizar a

sensação frequente de “enxugar gelo” ou “apagar fogo” já citada anteriormente neste texto.

Organizar um momento com a equipe para um café da manhã ou um lanche da tarde poderá resgatar espaços de afeto, de “estar com” colegas de trabalho, de olhar para o sofrimento do outro e para o outro como alguém que compartilha com vocês muitas horas de seu dia e de sua vida.

Organizar uma reunião de rede ou um encontro com outros atores envolvidos com as situações do cuidado “com a rua” também pode ser um espaço de cuidado com esses trabalhadores, já que reúne esforços, ideias, energia e reflexões diante de tamanha complexidade no cuidado. Neste momento, pode-se constatar as impotências e limites, mas também dividir as responsabilidades, construir estratégias inovadoras de cuidado, entre outras.

A gestão também deve ser mobilizada no cuidado com o profissional, de forma a contribuir:

- * na viabilidade para que esses espaços de autocuidado aconteçam;
- * na construção e viabilização de outras estratégias de apoio, como oportunidades de formação para os profissionais, fomento à educação permanente, suporte em supervisão clínica institucional e ao debate intersetorial comprometendo a todos e incluindo o usuário.
- * na condução responsável e ética do trabalho de monitoramento e avaliação dos indicadores, reduzindo a culpabilização dos profissionais e, conseqüentemente, a produção de mais sofrimento.

Considerações finais

Discutir o processo de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua é uma tarefa árdua e inacabada.

A Unidade de Aprendizagem II – “Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua”, para além de colaborar com a organização do dia a dia de trabalho de uma eCR, se propôs a ser uma Unidade essencialmente reflexiva, provocadora de inquietações e incômodos.

Dispôs-se a refletir sobre a dimensão técnica e política de uma eCR, inserida na Atenção Básica do SUS. Uma equipe que viabiliza a Atenção Básica como porta de entrada do SUS para uma população especí-

fica, atua como ordenadora do cuidado, uma equipe que representa um dispositivo de equidade do sistema de saúde, garantidor de direito das pessoas em situação de rua.

Propôs-se a refletir e instrumentalizar uma equipe que tem como a responsabilidade a oferta do cuidado integral e longitudinal, a partir da complexa clínica da rua e de construções democráticas e compartilhados deste cuidado.

Equipe esta que tem por responsabilidade materializar a clínica ampliada, operando sob a lógica (e ética) da redução de danos nos cuidados em saúde, provocando a rediscussão dos espaços públicos e privados na cidade, bem como diminuindo diferentes formas de violência da rua, a partir do momento em que olha o indivíduo em situação de rua como um sujeito de direitos, tirando o mesmo da violenta invisibilidade.



Esta equipe que, evidenciando a complexidade da rua, aponta para a necessidade de uma articulação com a rede de saúde e intersetorial, do apoio matricial de mão dupla enquanto essencial para multiplicidade de ofertas.

Não pretendemos esgotar as discussões e dar respostas para todos os desafios que as equipes se deparam ao longo do seu dia de trabalho, e sim apoiar os trabalhadores nos seus processos de trabalho, valorizando-os na qualidade de equipes que desenvolvem trabalhos complexos para situações ainda mais complexas do território chamado RUA.

Anexo A – Habilidades de comunicação

As habilidades de comunicação, como tecnologias leves essenciais para a construção do vínculo, devem ser naturalmente buscadas e estimuladas na prática de todos os profissionais do Consultório na Rua que se habituaram ao Método Clínico Centrado na Pessoa.

Permitem coletar os dados pertinentes e estabelecer concordância mútua e adequação do plano de tratamento à realidade do paciente (CERON, 2010).

Assim, determinadas ações transformam-se em estratégias importantes, tais como:

- * Cumprimentar a pessoa pelo nome.
- * Ouvir atentamente.
- * Detectar e responder às situações emocionais.
- * Coletar dados.
- * Não interromper o paciente.
- * Incentivar seu modelo explanatório.
- * Considerar fatores psicossociais.
- * Desenvolver uma compreensão compartilhada sobre a situação.
- * Concordar o plano de tratamento.
- * Fornecer informações.
- * Utilizar corretamente o encorajamento e a motivação.
- * Negociar um plano.
- * Criar laços.
- * Negociar mudanças de comportamento possíveis.

Segundo Borrell-Carrió (2004 apud CERON, 2010), a ampliação do potencial terapêutico de cuidado em nossas ações de saúde pressupõe as seguintes habilidades:

- * Dar ao paciente tempo para pensar.
- * Exercitar a boa comunicação, sem uso abusivo do jargão técnico.
- * Escutar o que o paciente diz (verbal e não verbalmente).
- * Oferecer suporte na medida certa.

- * Reconhecer os modelos de entendimento do paciente.
- * Acolher o paciente com calor humano, respeito e cordialidade.
- * Exercitar a empatia, junto com a disciplina emocional de não ter de dar soluções a tudo.
- * Potencializar a assertividade.
- * Distinguir a demanda aparente (queixa) da demanda real (causa dos problemas), buscando formular um plano terapêutico ampliado e em conjunto com o paciente.

Em contrapartida, o profissional de saúde deve evitar os seguintes erros de atitude:

- * Pressupor que já sabe o que está ocorrendo.
- * Esquivar-se do vínculo, baseado na crença do profissional meramente técnico.
- * Ser prepotente frente às situações vividas pelos pacientes.
- * Desconhecer os próprios pontos de irritação.
- * Saudar friamente o paciente ou não o saudar.
- * Não escutar já no início da entrevista.
- * Não delimitar claramente o motivo da entrevista.
- * Introduzir conselhos e informações precocemente.
- * Não integrar a informação atual com o que se conhece do paciente.
- * Condutas de antagonismo, culpabilização, juízos de valor e asseguramentos prematuros.

Anexo B – Prevenção quaternária

Diante da infinitude de intervenções que se despontam diariamente, da pressão assistencial e da dificuldade de gerenciamento da clínica e do tempo, o usuário está propenso a percorrer diversos serviços em busca da resolução dos seus problemas. Põe-se em evidência os idosos e portadores de doenças crônicas e comorbidades, que se sujeitam à fragmentação do cuidado na rede de saúde, tornando fundamental o papel de ordenadora do cuidado da Atenção Básica em todos os níveis e setores.

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) ganha fôlego em tempos que impõem uso racional da ciência moderna, não apenas por gerar grande economia, mas sobretudo por reduzir a mortalidade causada por procedimentos e problemas de qualidade nos serviços de saúde. Abandona-se aqui a inadequada e simplória expressão “erro médico” para descrevermos esse fenômeno mais amplo, os “Eventos Adversos em saúde” (EAs), visto que os determinantes, além de não se restringirem a uma única categoria profissional, envolvem todos os processos de uma organização de saúde e falhas, muitas vezes sistemáticas e consequências de uma cultura de segurança do paciente inadequada ou precária.

Em 2013, considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema “Segurança do Paciente”, o MS publicou a Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), define Eventos Adversos (EAs) e dá outras providências.

O PNSP, no inciso I do Art. 3º, constitui como um dos seus objetivos específicos “promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde”.

Estima-se que cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais a cada ano, vítimas de eventos adversos (EAs) nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resulta em uma taxa de mortalidade, nos EUA, maior do que as atribuídas aos pacientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamentos. (MENDES, 2005). Embora a maior parte das pesquisas se dê em ambiente hospitalar e os estudos desses indicadores na Atenção Básica ainda sejam muito pouco avançados, já se sabe ser significativa a incidência de EAs neste nível de atenção.

A P4 consiste em ação vigilante, contínua e sistemática, que visa evitar dano não intencional que resulte em comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico, ou seja, os EAs.

Ela caminha de mãos dadas com a prática da Saúde Baseada em Evidências (SBE) e deve ser incorporada por todos os profissionais de saúde em sua prática clínica, a todo momento.

Saúde baseada em evidências

Torna-se imperioso em tempos de dados e saberes tão vastos que o profissional, se reconhecendo humano e limitado, possa buscar fontes confiáveis, atualizadas, rápidas e seguras para oferecer na assistência.

Muito se avançou nas práticas de SBE. O Ministério da Saúde (MS) disponibilizou para todos os profissionais de saúde o acesso a plataformas confiáveis que oferecem este serviço e é importante que o profissional atuante no Consultório na Rua se familiarize com algumas ferramentas de Tecnologia da Informação (TI).

O MS também disponibilizou o Programa Telessaúde Brasil Redes, ou simplesmente Telessaúde, para todo o território nacional. Lançado em 2007, presta serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação (esses três últimos apenas para os profissionais do RS) através dos diversos Núcleos de Telessaúde espalhados pelo país, que visam fornecer a diversas categorias profissionais, em tempo real, subsídios e respostas clínicas rápidas e seguras. É possível buscar apoio telefônico do telessaúde também pelo número 0800 644 6543, em tempo real.



Sugerimos o cadastro do profissional no site da SBE, disponível em <http://psbe.ufrn.br>.



Recomendamos a leitura do *Manual de Telessaúde para Atenção Básica* (2012) e o *Tutorial do Solicitante* (2013), disponíveis, respectivamente, em:

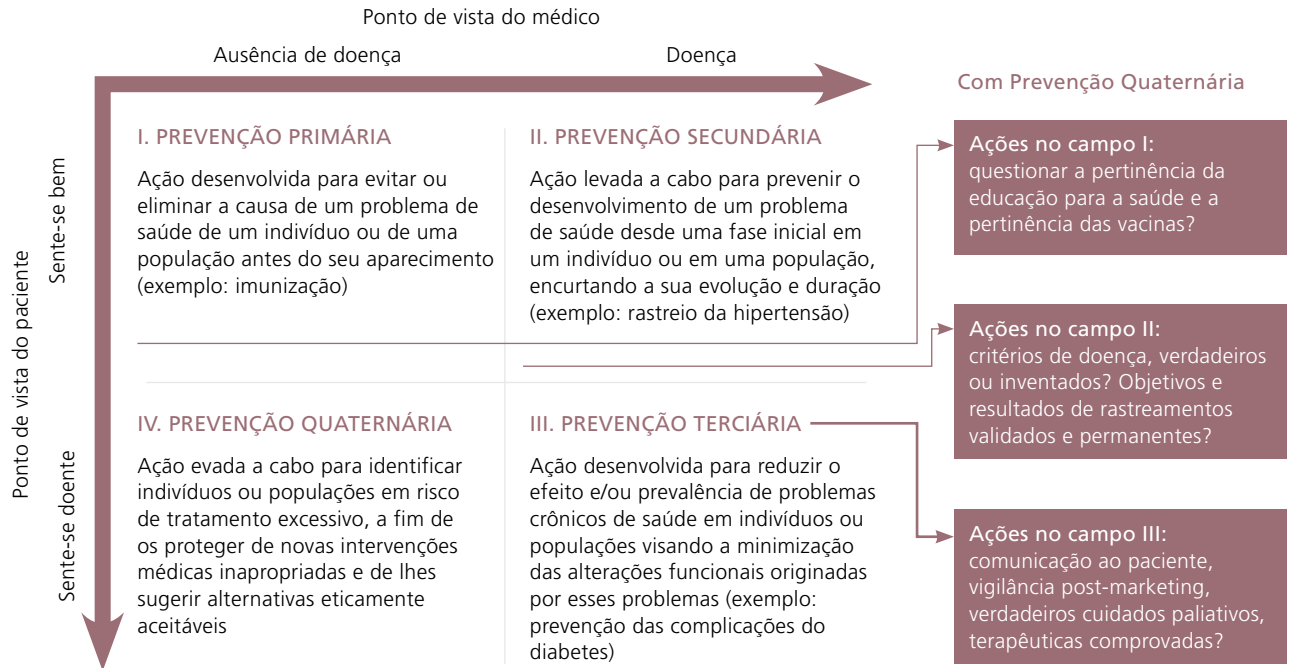
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pataforma_telessaude_tutorial_solicitante.pdf

O profissional da Atenção Básica é privilegiado por ter acesso a um conhecimento cumulativo do sujeito, que, além de fortalecer o papel de ordenador do cuidado, permite uma visão ampliada e exclusiva.

Esse poder, aprimorado pelo domínio técnico, deve ser colocado a serviço da clientela. O profissional que serve, possui o papel de facilitador e tradutor da ciência, a qual se constitui bem da humanidade, e não do técnico.

Aqueles que mais solicitam práticas preventivas são em geral os que menos as necessitam.



Fonte: Curso de Preceptoria em residência Médica em Medicina de família e comunidade (MS, 2017).

O indivíduo que se sente doente, mesmo não sendo portador de doença, é merecedor de ser advertido dos riscos de procedimentos e intervenções desnecessários, garantida a escuta qualificada e o acesso a informação. Mesmo que o sujeito não tenha compreensão do seu estado de saúde, permanece o direito de acesso ao melhor da ciência, assim como ao cuidado responsável e benéfico, por parte de toda a sociedade.

Anexo C – Transcrição do Caderno de Atenção Básica n. 39, p. 67 a 72

Trabalhando com grupos

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos. Contudo, muitas vezes, prevalece um tipo de prática que, parafraseando Campos (2003) com a ideia de “clínica degradada”, poderíamos chamar de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a sessões informativas reiteradas, questões que, muitas vezes, estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes.

Vários questionamentos podem ser feitos por usuários: “Para que frequentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido?”. Na ânsia de se tentar manter a adesão aos grupos, medidas coercitivas como distribuição da medicação somente neste contexto, ou sedutoras, oferecendo lanches ou prêmios, acabam se tornando usuais, prejudicando ainda mais o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas. Mas, se não funciona, por que as equipes mantêm esse tipo de prática? Geralmente porque não sabem fazer diferente.

O modelo biomédico que tradicionalmente embasa a formação dos profissionais de saúde, e não apenas dos médicos, exige uma postura ativa onde eles se coloquem como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva, compatível com sua denominação de “paciente”. Esse tipo de modelo reflete a formação dos trabalhadores em saúde, e a possibilidade de

sua transformação está intimamente associada ao desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, seus dramas familiares e sociais, suas dificuldades... Questões para as quais, muitas vezes, não temos respostas.

Em geral, nos hospitais e nos ambulatorios fechados, esses temas não frequentam os consultórios e atendimentos aos leitos, onde o contato é controlado, restrito, focado. Mas, na Atenção Básica, faz-se necessário poder trabalhar abordando esses problemas e sofrimentos. Ou seja, faz-se primordial transformar a prática para efetivamente se criar o grupo. Essa transformação gera adesão, continuidade e valorização do espaço grupal. Se me oferecessem oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos e, se entre nós, fôssemos estimulados a buscar alternativas e soluções, por que eu não iria? Essa mudança na forma de condução dos grupos e na postura dos profissionais acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades.

Assim sendo, podemos dizer que as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção.

Entre essas atividades, destacam-se:

- * **Terapia comunitária:** a abordagem desenvolvida por Adalberto Barreto e hoje presente em todo o País oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental. Apesar disso, não se propõe a ser espaço terapêutico de transtornos mentais

específicos, sendo mais um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para muitos usuários.

- * Grupos de convivência: tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão. Os trabalhos manuais costumam ser parte importante da rotina desses grupos, assim como atividades sociais como passeios e festas. Diferem das oficinas especializadas para pacientes com transtornos mentais graves, como as realizadas em unidades como os Caps, mas, por acontecerem na unidade, dentro da comunidade, possuem ação particularmente importante de reintegração social dos pacientes. Nos contextos de isolamento produzidos pelo aumento da violência urbana e pelas limitações e fragilidades da velhice, esses grupos têm se mostrado muito potentes para ressignificar as escolhas de vida desse grupo etário.
- * Grupos de mulheres: os grupos com mulheres têm sido realizados em unidades de Atenção Básica no país há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados. De maneira geral, estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão, e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam ser grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria etc.).

Como metodologias de trabalho de grupo podem-se destacar também:

- * Grupos operativos: na década de 1940, o psicanalista argentino Pichon-Riviére definiu o grupo operativo como conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculos. O grupo operativo deve ser dinâmico (fomentando a comunicação e a criatividade), reflexivo (principalmente na avaliação das dificuldades que levam o grupo a não resolver uma tarefa, por exemplo), democrático (usando o princípio da autonomia, em que o grupo define as ações e prioridades).

- * Grupos terapêuticos: além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes com relação a esta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.
- * Grupos motivacionais: existe a possibilidade de serem desenvolvidos grupos motivacionais que adaptam técnicas utilizadas na terapia breve. A intenção principal consiste em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento. Para tanto, é fundamental que o grupo esteja efetivamente comprometido em realizar as mudanças necessárias e compreenda sua situação como um problema a ser solucionado. Esses grupos podem ser muito úteis em situações nas quais os sujeitos necessitem adquirir e fortalecer compromisso ou ampliar o desejo de mudança.

Fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo

Alguns aspectos descritos a seguir são importantes de serem considerados durante a estruturação de um grupo e mesmo durante os próprios encontros grupais. São eles:

* Estrutura básica de um encontro de grupo

Um encontro grupal é geralmente composto por três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento. A apresentação é o início do contato dos participantes com o grupo e do vínculo. Nessa fase a metodologia de trabalho é explicada e são utilizadas técnicas de apresentação e de descontração. Uma dinâmica que pode ser utilizada, por exemplo, é a de jogar uma bolinha de borracha para a pessoa que deve falar. Funciona muito bem para faixas etárias mais jovens. Outra forma é utilizar a ordem em que as pessoas estão sentadas, ou a ordem em que chegam ao encontro. O importante é quebrar a regra comum, pois as pessoas ficam mais atentas.

A segunda é a fase de desenvolvimento propriamente dita, subdividida em três momentos: aquecimento, no qual é introduzido o tema

do encontro; aprofundamento, no qual o tema é explorado de forma mais extensa e detalhada; e o terceiro, processamento, no qual é dado o feedback ou devolução sobre o tema abordado. Não é interessante deixar pendências para os encontros subsequentes, embora algumas vezes o planejamento sofra alterações ao longo do encontro, de acordo com demandas apontadas pelos participantes do grupo.

A terceira é a fase de encerramento. Neste momento, são utilizadas técnicas de fechamento buscando sintetizar ou encaminhar a discussão para seu final. Além disso, no encerramento, também costuma ser realizada pequena avaliação do encontro ou das atividades do grupo como um todo.

* Contratualização

A contratualização ou pactuação inicial de regras em um grupo é fundamental para seu sucesso. As regras de funcionamento devem ser explicitadas e justificadas logo no início da atividade. Quando uma regra não explícita for apresentada durante o processo grupal, é importante que ela seja discutida, buscando consenso entre os integrantes. Portanto, certa flexibilidade e negociação quanto às regras são desejáveis, desde que isso não prejudique a interação.

É importante reforçar que o momento de pactuação e apresentação das regras pode ser manejado diferentemente, a depender do tipo de grupo. Por exemplo, se um grupo sempre se reúne com as mesmas pessoas, não há sentido realizar a cada encontro a apresentação e a pactuação das regras. Elas podem ser trabalhadas sempre que algum membro novo chegar ou quando as regras precisam ser revistas ou fortalecidas. No caso da apresentação dessas regras no início desse mesmo tipo de grupo exemplificado, é interessante fazer uma rodada de “como vão as coisas”, ou seja, de socialização dos sentimentos atuais (novidades) de cada membro.

O sigilo deve fazer parte da pactuação inicial, lembrando aos participantes que todos naquela circunstância estão expostos da mesma forma. Quando alguma quebra de sigilo ocorrer, cabe ao facilitador ficar atento. Em nenhum momento, esse processo deve ser conduzido de forma a julgar ou condenar alguém, requerendo-se habilidade e parcimônia da parte do facilitador para mediar possíveis conflitos entre os participantes.

* Dinâmicas de grupo

Constituem-se em formas de atuação com grupos. Em geral, são utilizadas para provocar algum tipo de mobilização ou de reflexão nos par-

ticipantes. Essas reflexões visam trazer ao debate temas diversos, como crenças e noções dos participantes a respeito de algo, sobre a forma como o grupo se comporta ou mesmo sobre o comprometimento e as expectativas com os resultados da atividade. Além disso, essas dinâmicas podem ser utilizadas para “acordar” as pessoas, aquecê-las física ou mentalmente para o início de um debate. Esses momentos podem ser propícios para o autoconhecimento, reflexões coletivas ou difusão de informações sobre algum tema específico.

Um dos objetivos das dinâmicas é estimular as pessoas a expressarem suas vivências ao grupo. É possível encontrar ampla gama de dinâmicas com diferentes objetivos e metodologias. Na leitura complementar, são apresentadas algumas fontes que podem auxiliar no trabalho quando houver necessidade de utilizar dinâmicas de grupo, lembrando que elas não são uma panaceia e devem ser utilizadas com critério.

* Comunicação

A comunicação é o cerne de qualquer atividade em grupo. O facilitador deve estar atento para a comunicação não verbal que ocorre durante os encontros, uma vez que pode apontar para diferentes sentidos aquilo que está sendo expresso em palavras. A cooperação e a comunicação dentro de um grupo favorecem o aprendizado e as mudanças de atitude. É muito importante que seja mantido clima de espontaneidade e empatia diante das experiências relatadas nos encontros. Nesse sentido, é essencial estar atento a situações que possam estar associadas a conflitos variados, por exemplo, um desentendimento ou discussão entre os participantes, que devem ser trabalhados, e não esquecidos.

* Características do moderador/facilitador

Na equipe de saúde, deve ser identificado o integrante que apresenta melhores características e afinidades com o tipo de grupo que está sendo proposto (ou que está situacionalmente mais disposto ou com mais condições). Para que a atividade tenha êxito em seus objetivos, o facilitador deve acreditar na proposta e gostar de trabalhar em grupo. Isso auxilia tanto na pactuação quanto no manejo das situações que podem ocorrer nos encontros, pois os participantes percebem de imediato as reações do facilitador, ainda que sutis ou disfarçadas. Além disso, é demandado ao facilitador manter alto grau de respeito pessoal, coerência e ética em suas condutas, proporcionando ambiente seguro para que os integrantes possam expressar-se sem receio de serem julgados. Atitudes de paciência ativa e tranquilidade permitem que os integrantes tenham tempo suficiente para adquirir confiança no ambiente e ultrapassar algum período de ansiedade ou desconfiança inicial que

possa estar ocorrendo. É importante também que o facilitador tenha um bom poder de síntese, seja empático, conheça as técnicas e o planejamento realizado antes do início do grupo, mantendo sempre certa humildade diante do desconhecido que certamente vai ocorrer no percurso do grupo.

Seguem pequenas dicas que podem ajudar na montagem e condução desses grupos:

- Planejem a atividade discutindo coletivamente (se possível com toda a equipe) a finalidade desse novo grupo: a que se destina? Quem serão as pessoas convidadas a participar? E quais resultados se espera atingir com ele? Quais as demandas territoriais existentes?
- Para uma boa interação, o grupo deve ter idealmente entre 12 e 16 pessoas, e dispor de um local onde possam conversar sem serem interrompidos durante uma hora e meia a duas horas.
- É sempre bom que a condução seja compartilhada por pelo menos duas pessoas da equipe: isso permitirá que, enquanto uma conduz os debates e a circulação das falas, por exemplo, a outra fique atenta a manifestações não verbais que possam mostrar apreensão, medo, desconforto e ansiedade. Assim, essas emoções poderão ser trabalhadas e isso melhorará o clima do grupo como um todo.
- A cada sessão é fundamental propiciar a circulação das falas, estimular a conversa lateral (isto é, a fala entre eles, e não somente dirigida aos facilitadores), acolher e apresentar os novos membros. Para tal, perguntas que estimulam a descrição funcionam melhor que perguntas do tipo sim ou não. Por exemplo: “Como foi que vocês tiveram o diagnóstico da sua doença? O que sentiram naquele momento? O que estava se passando em suas vidas?” São perguntas melhores que: “Foi difícil receber o diagnóstico dessa doença?” Ou: “Vocês conseguem cumprir as indicações dietéticas?”, porque essas perguntas podem ser rapidamente respondidas por sim ou não e interrompem a circulação das falas. Já as descrições e a transmissão de experiências ecoam nas pessoas e colaboram para que cada uma examine sua própria experiência e com as demais debatam as estratégias utilizadas para lidar com a doença.
- Também é importante resumir no início de cada sessão os objetivos do grupo e, no fim, dar um fecho à conversa resumindo um pouco o que se passou naquele encontro.

- Ainda, reservem sempre uns 20 ou 30 minutos no fim para analisar entre os facilitadores como foi o encontro de grupo. É importante ter um pequeno diário para registrar as mudanças que vão se produzindo nas pessoas (i.e.: quem nunca falava um dia fala), eventos marcantes (alguma revelação, confissão ou dica compartilhada etc.).
- Os facilitadores do grupo cuidam do espaço, cuidam de que o grupo aconteça e para tal: preparam o local para receber as pessoas, devem ser sempre pontuais e não permitir que o grupo seja interrompido. Isso implica um gentil convite aos participantes dos grupos a desligarem seus celulares e a solicitação a toda pactuação com a equipe de saúde para priorizar a atividade de maneira que ela não seja nem suspensa, nem interrompida. A continuidade é base da confiabilidade no grupo e isso é a matéria-prima desse tipo de trabalho. Em geral, as pessoas gostarão de voltar se tiverem a impressão de terem compartilhado de uma experiência verdadeira. Para isso, é fundamental que percebam que os facilitadores realmente estavam a fim de estar ali, dedicados por inteiro ao grupo.



Atividades da Unidade de Aprendizagem II



Atividade 1 – Compreensão da equipe de Consultório na Rua dentro da Atenção Básica: a clínica da rua

Modalidade: presencial

Duração: 6 horas (divididas em dois períodos diferentes)

Produto: Reflexão e descrição do trabalho do Consultório na Rua, na qualidade de equipe de Atenção Básica.

Objetivos:

- * Refletir sobre o papel de uma eCR enquanto modalidade de cuidado em Atenção Básica;
- * Refletir sobre o processo histórico da eCR e seu papel deslocando a equipe de Consultório na Rua para a Saúde Mental;
- * Refletir sobre formas de concretizar o trabalho da Atenção Básica em Saúde de uma eCR por meio de estudo de caso.

Como realizar esta atividade?

Esta atividade terá dois momentos diferentes: Manhã e Tarde

Manhã: Duração 3 horas

1. Os alunos, divididos em três grupos deverão escolher um caso para representar, de forma artística, aos demais do grupo (1h30 minutos para construção da ideia do caso, e se desejarem “ensaio” da representação).
2. Cada grupo deverá representar o acolhimento de um indivíduo em situação de rua em 3 cenários diferentes: em uma visita de rua, em uma demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde e em uma visita a um serviço sócio-assistencial (Cada apresentação do caso deverá durar no máximo 15 minutos, totalizando 45 minutos).
3. Neste acolhimento a equipe/profissional deverá orientar o usuário sobre o papel do Consultório na Rua e, após ouvir suas demandas, deverá orientar o usuário sobre as possibilidades de atuação da eCR.
4. Após a apresentação dos três casos, o grupo todo deverá debater e discutir as representações, com auxílio do tutor (45 minutos de discussão).



Nem todos os participantes do grupo precisam estar na representação, mas deverão auxiliar o grupo nas reflexões e sugestões da “história” do usuário, em formas de encaminhamentos para as demandas trazidas no caso e na discussão com os demais grupos.

Tarde: Duração 3 horas

1. Os alunos, divididos em pequenos grupos, farão a discussão sobre a seguinte frase distribuída em cartolina para os grupos ou escrita em quadro/lousa:

O Consultório na Rua enquanto componente da Atenção Básica: a Clínica da Rua e a interface com as demais clínicas do Cuidado.

Para a discussão desta frase, algumas perguntas norteadoras poderão ser usadas pelo tutor, a saber:

- * O que significa ser um componente da Atenção Básica?
 - * Como atualmente minha equipe ocupa este lugar?
 - * Você identifica alguma questão no trabalho da eCR que se diferencia do trabalho da Atenção Básica?
 - * Como é o desenvolvimento da “Clínica na Rua” hoje na minha equipe?
 - * Fazemos a clínica do cuidado ou a clínica do encaminhamento?
 - * Realizar na rua um procedimento que usualmente é realizado dentro do serviço de saúde me dá mais segurança como profissional?
 - * Realizar procedimentos e atendimentos no espaço da rua me faz sentir realizador de uma clínica menos qualificada?
 - * Qual é o papel da eCR, na qualidade de equipe de Atenção Básica, na coordenação do cuidado dos indivíduos em situação de rua?
 - * Quais as interfaces com as demais clínicas de cuidado realizadas no dia a dia de trabalho?
 - * Como a clínica da rua pode acontecer na UBS?
2. Cada grupo apresentará à turma a discussão realizada no espaço, no formato de cartaz com palavras-chave, texto descritivo ou representação artística, de acordo com o desejo e necessidade do grupo.
 3. Na turma, o tutor estimulará os alunos a discutirem os pontos e reflexões em comum, bem como os pontos divergentes identificados.

Atividade 2 – Como concretizar a Clínica na Rua?

Modalidade: presencial

Duração: 3 horas

Produto: Reflexão e descrição do trabalho do Consultório na Rua, com foco na Clínica do Cuidado na Rua.

Objetivos:

- * Refletir sobre o dia a dia de trabalho do Consultório na Rua, na qualidade de equipe que realiza a Clínica do Cuidado no território rua;
- * Refletir sobre os desafios do “fazer” a Clínica na Rua;
- * Refletir sobre os procedimentos e técnicas desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua, bem como suas implicações técnicas, legais e gerenciais.

Como realizar a atividade?

1. Os alunos, divididos em 3 grupos deverão completar as seguintes frases escritas na lousa (duração de 1 hora para esta discussão):

Frase 1: Hoje, na minha eCR fazemos na rua os seguintes procedimentos e/ou técnicas: _____

Frase 2: A decisão de realizar determinado procedimento e/ou técnica na rua foi/ ou é da (o): _____

Frase 3: Para mim, realizar determinado procedimento _____ (escolher um dos procedimentos citados na Frase 1) na rua é ou me traz: _____

Frase 4: Nós não realizamos _____ na rua porque _____

2. Cada grupo apresentará à turma a discussão realizada, no formato de cartaz com palavras-chave, texto descritivo ou representação artística, de acordo com o desejo e necessidade do grupo (apresentação de 10 minutos por grupo).
3. O tutor deverá estimular os alunos a realizarem trocas quanto aos diferentes procedimentos e/ou técnicas desenvolvidas pelas equipes/profissionais no território rua, bem como acolher e refletir sobre os sentimentos e significados de desenvolvê-los no território rua, e a decisão de fazê-la (1h30 minutos para esta discussão).

Atividade 3 – Análise do perfil sociodemográfico e de atendimento da população de rua acompanhada pela equipe de Consultório na Rua



Seu tutor abrirá o fórum da Unidade de Aprendizagem II no AVA, onde você poderá compartilhar com seus colegas de turma a realização das atividades a distância.

Modalidade: a distância

Duração: 3 semanas

Produto: Produção de texto descritivo do resultado da análise realizada com a equipe sobre o perfil da população atendida pela equipe de trabalho.

Objetivos: Analisar o perfil da população atendida e o perfil de atendimento da equipe, por meio dos dados obtidos nos sistemas de informação utilizados, E-SUS ou outros sistemas.

Como realizar a atividade?

1. O aluno deverá realizar esta atividade, preferencialmente, de forma compartilhada com sua equipe.
2. O aluno deverá acessar os relatórios e os dados existentes sobre o trabalho de sua equipe, como os relatórios gerados pelo e-SUS de cadastros individuais da equipe, relatórios de atendimento, relatórios de atividades coletivas, bem como outros sistemas de informação, planilhas e instrumentos de trabalho utilizados pela equipe para organizar o seu dia a dia de trabalho.
3. Em uma reunião de equipe, os relatórios deverão ser distribuídos para todos os membros e cada dado ou informação ser discutida.
4. A partir desta discussão, deverá ser construído um texto que descreva esta análise e que contenha as seguintes informações:
 - Qual é o perfil etário, escolar e de gênero da população acompanhada por minha equipe?
 - Qual é o perfil de adoecimento e condições de saúde-doença relatadas ou diagnosticadas da população acompanhada por minha equipe?
 - Quais são os principais atendimentos realizados pela minha equipe para esta população atendida?
 - Quais são os principais encaminhamentos realizados pela minha equipe para esta população atendida?

- Breve relato sobre como foi acessar os sistemas de informação utilizados por sua equipe.
- Breve relato de como foi a elaboração e o formato da atividade.

O arquivo com sua produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 4 – Identificação de ações prioritárias no processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua

Modalidade: a distância

Duração: 2 semanas

Produto: Texto descritivo sobre as atividades prioritárias identificadas pela equipe em fórum de debate aberto com a turma.

Objetivo: Refletir sobre o papel dos sistemas de informação e relatórios de gestão para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação do processo de trabalho da equipe.

Como realizar a atividade?

1. O aluno deverá realizar esta atividade, preferencialmente, de forma compartilhada com sua equipe.
2. O aluno deverá, junto com sua equipe, ler o produto da Atividade 2, sobre o perfil da população e de atendimento da equipe e, a partir daí, refletir sobre as atividades prioritárias a serem desenvolvidas por sua equipe.
3. Para esta reflexão poderão ser sugeridas as seguintes questões norteadoras:
 - Quais atividades são pensadas ou poderiam ser pensadas para atender as necessidades dos usuários atendidos pela sua equipe?
 - Qual é a capacidade da equipe e da rede de dar conta dessas necessidades?
 - Que ações a equipe precisa fazer para implementar essas atividades?
 - Como temos planejado o dia a dia de trabalho da nossa equipe?
 - Como olhamos para a seguinte afirmativa: A Clínica na Rua é a Clínica do Improviso!

Lembre-se de compartilhar o desenvolvimento da atividade com seus colegas no fórum da UA II no AVA.

- Qual a importância da utilização dos sistemas de informação para a definição de prioridades no processo de trabalho da equipe?
4. O aluno produzirá um texto que descreva as atividades prioritárias identificadas pela equipe para o seu processo de trabalho.

O arquivo com essa produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 5 – Construção de uma agenda mensal para a equipe de Consultório na Rua

Modalidade: a distância

Duração: 2 semanas

Produto: Construção de proposta de agenda mensal de trabalho da equipe de Consultório na Rua dialogada com a gestão local.

Objetivos:

- * Consolidar reflexões e produtos das Unidade 1 e 2, a fim de fortalecer o processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua.
- * Concretizar a discussão sobre sistemas de informação e identificação de ações prioritárias da equipe de Consultório na Rua em uma proposta de agenda mensal para a equipe de Consultório na Rua

Como realizar a atividade?

Lembre-se de compartilhar o desenvolvimento da atividade com seus colegas no fórum da UA II no AVA. Algumas questões motivadoras são: Quais critérios identificados para criar a agenda? A agenda é rígida ou possibilita maleabilidade? Como as agendas de reuniões oneram a eCR? Quais as dificuldades de cumprir a agenda?

1. O aluno deverá realizar esta atividade, preferencialmente, de forma compartilhada com sua equipe.
2. A equipe deverá construir uma proposta de agenda mensal para as atividades desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua, que deverá conter:
 - Descrição de ações individuais e coletivas,
 - Descrição de ações setoriais e intersetoriais,
 - Descrição de atividades desenvolvidas na Unidade Básica, na Rua ou em outros territórios.

Caso você tenha dificuldades em pensar um modelo para agenda, oferecemos abaixo um ponto de partida para auxiliar a discussão com sua equipe de trabalho:

Mês de referência: _____							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Primeira semana	–	Reunião de Equipe com discussão de caso	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento **	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Reunião de rede***	–
		Visita de rua*	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua ****	
Segunda semana	–	Reunião de equipe com educação permanente da equipe	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Atividade coletiva Terapêutica nos Equipamentos da Rede Socioassistencial	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	
Terceira semana	–	Reunião de Equipe com discussão de caso	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Reunião de rede	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	
Quarta semana	–	Reunião de equipe com educação permanente da equipe	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Atividade coletiva na rua	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	
Quinta semana	–	Reunião de Equipe com análise dos indicadores e produção mensal	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Atividade de promoção da Saúde nos Equipamentos da Rede Socioassistencial	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	

Observações:

1. A proposta mensal de agenda de uma eCR pode não prever todas as atividades específicas de determinados profissionais. Assim, sugere-se que os profissionais das eCR tenham também suas agendas específicas organizadas a partir de um modelo mais geral da equipe.

2. Esta agenda não prevê outras atividades que devem ser incorporadas pontualmente nas atividades de uma eCR, a partir das necessidades, como reuniões de discussões de casos específicos, espaços de educação permanente ofertados pela rede, visitas de pacientes dentro de serviços hospitalares, entre outras.

3. O trabalhador do Consultório na Rua deverá ser estimulado a compor as atividades de trabalho dentro da UBS onde estiver inserido, como participar das reuniões de equipe da UBS, compor a equipe de atendimento de demanda espontânea da UBS, entre outras.

4. As agendas de cada profissional e equipe deverão sofrer mudanças a depender da carga horária dos trabalhadores, bem como de seu horário e dias de trabalho.

* Visitas de rua: As visitas poderão ser organizadas a partir dos microterritórios, pontos de maior concentração populacional, necessidades levantadas como prioridades nas discussões de equipe, entre outros critérios a serem definidos pela equipe.

** Reunião de matriciamento: As reuniões de matriciamento poderão ser organizadas com todos os serviços, ou de forma separada – por exemplo, uma semana com os serviços da rede de Saúde Mental, uma semana com a equipe de Nasf-AB, outra semana com os serviços de IST/Aids, outra semana com a defensoria Pública, de acordo com as necessidades locais.

***Reunião de rede: As reuniões de rede deverão ser organizadas, preferencialmente de forma a garantir a maior participação dos serviços e equipes da saúde e rede intersetorial envolvida no atendimento e cuidado da população em situação de rua.

****Atividade coletiva na rua: As atividades coletivas na rua ou dentro dos equipamentos da Rede Socioassistenciais deverão ser organizadas a partir das necessidades do território, como por exemplo, buscas ativas de sintomas respiratórios, buscas ativas de Hipertensos ou de IST, Atualização de cartão vacinal, atividades de promoção em Saúde, Atividades de Educação em Saúde, entre outras.

3. Esta agenda deverá ser apresentada pela equipe de Consultório na Rua à gestão local (gerente da Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Lotação da eCR, coordenadores e interlocutores das Supervisões e Regionais de Saúde, entre outros níveis de gestão), para provocar o debate sobre as necessidades da equipe, da população atendida e as interfaces da gestão com o processo de trabalho da equipe.
4. Esta agenda deverá ser construída de forma esquemática.

O arquivo com essa produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 6 – Utilização de ferramentas organizativas do processo de trabalho da equipe

Modalidade: a distância

Duração: 3 semanas

Produto: Descrição e postagem, em formato de texto ou vídeo, de uma proposta de intervenção no processo de trabalho da equipe.

Objetivo: Produzir uma intervenção prática no processo de trabalho da equipe, a partir das reflexões e ferramentas apresentadas e propostas ao longo da Unidade II.

Como realizar a atividade:

1. O aluno deverá propor uma intervenção no processo de trabalho da sua equipe, usando, ao menos, uma das ferramentas de trabalho descritas e discutidas na UA II.
2. Esta intervenção poderá ser especificamente no seu processo de trabalho, enquanto indivíduo trabalhador, ou poderá ser uma intervenção no processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua, como um todo.
3. O relato desta intervenção deverá conter os seguintes itens:
 - Qual foi a intervenção no processo de trabalho de sua equipe?
 - Como se deu a construção da intervenção?
 - Quais os atores envolvidos nesta intervenção?
 - De que maneira esta intervenção impactou no cuidado das pessoas em situação de rua?
 - Quais foram os desafios e dificuldades na implantação da intervenção?
 - Quais foram/são as potencialidades na implantação da intervenção?
 - É possível realizar uma avaliação sobre esta intervenção? Que critérios você consideraria para esta avaliação?

Lembre-se de compartilhar o desenvolvimento da atividade com seus colegas no fórum da UA II no AVA.

O arquivo com essa produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

