



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

NEMÓRIO RODRIGUES ALVES

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA
ACERCA DO CUIDADO SEGURO

MACEIÓ
2023

NEMÓRIO RODRIGUES ALVES

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA
ACERCA DO CUIDADO SEGURO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, para exame de defesa como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde e Cuidado com Grupos Humanos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Carvalho Nagliate.

MACEIÓ
2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/ 661

A474c Alves, Nemório Rodrigues.
 Concepções e práticas dos profissionais do consultório na rua acerca do cuidado
seguro / Nemório Rodrigues Alves. – 2023.
 65 f. : il.

 Orientadora: Patrícia Carvalho Nagliate.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2023.

 Bibliografia: f. 52-55.
 Apêndices: f. 56-61.
 Anexos: f. 62-65.

 1. Segurança do paciente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Consultório médico na
rua. I. Título.

CDU: 616-083

Folha de Aprovação

AUTOR: NEMORIO RODRIGUES ALVES

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DO CUIDADO SEGURO

Dissertação submetida ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 24
de fevereiro de 2022.



Documento assinado digitalmente

PATRICIA DE CARVALHO NAGLIATE

Data: 06/03/2023 18:25:06-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profª Drª Patrícia de Carvalho Nagliate, EENF/UFAL (Orientadora)

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente

CINIRA MAGALI FORTUNA

Data: 03/03/2023 15:28:12-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profª Drª Cinira Magali Fortuna, EERP/USP (Examinador Externo)



Documento assinado digitalmente

ISABEL COMASSETTO

Data: 03/03/2023 20:12:30-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profª Drª Isabel Comassetto, EENF/UFAL (Examinador Interno)

Ao meu sobrinho Loui, meu pretinho pitoco fofuxo.

Às pessoas que amo e com quem compartilho minha vida.

Aos profissionais do Consultório na Rua que atravessaram meus caminhos e me transformaram profundamente.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo ao Santo Daime, maior preciosidade que encontrei em minha vida. *O Daime é o Daime, eu agradeço com amor, é quem me dá a minha saúde e revigora o meu amor. Agradeço ao Santo Daime, agradecendo a todos seres. E quem me manda agradecer, é o meu Pai Verdadeiro.*

À minha mãe, que com sua voz divinal canta as maravilhas do Amor de Deus e a soberania de Nossa Senhora. Obrigado por todas as preces e orações, principalmente por aquelas que eu solicitei em momentos de angústia e aflição. És uma mulher sábia e poderosa, gratidão por todos ensinamentos.

Ao meu pai, que desde sempre me incentivou a ler, estudar e lutar pelo que sonho. Que Deus continue te abençoando.

Ao meu irmão, por todas trocas, conversas e momentos engraçados, saiba que você é um homem incrível e afetuoso.

À Loui e Sara, que chegaram em nossas vidas a pouco tempo, mas fazem nossos corações transbordarem de amor e alegria.

À Lucas Pires, meu companheiro, pelo afeto ancestral, potente, transformador e revolucionário. Agradeço pela escuta, disponibilidade e vontade de percorrer caminhos ao meu lado.

À minha orientadora Patrícia Nagliate, que desde que nos conhecemos, depositou muita confiança em mim. Me permitiu construir e conduzir esta pesquisa com autonomia e proporcionou uma experiência acadêmica totalmente diferente. Sua leveza, presença e prestatividade foram essenciais para que eu chegasse bem ao final desse ciclo.

Às estudantes de enfermagem, Natalha Nascimento e Bruna Paz que encararam comigo essa jornada da pesquisa qualitativa, por meio do Programa de Iniciação Científica. Vocês fecharam muito.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, pela oportunidade de realização do Mestrado. Em especial, à Monique e às professoras Isabel e Cinira, que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa. Suas contribuições foram fundamentais para a lapidação desta dissertação.

Aos meus colegas de turma, nossas trocas foram excelentes e potentes. Em especial, à Jhennyf, Taysa, José Leandro, Jair, Raíssa e Jandson, muito obrigado por todo conhecimento e afeto compartilhado.

À Escola de Enfermagem e às professoras da disciplina “Intervenção de Enfermagem no Processo Saúde-Doença Mental”, Cícera Albuquerque, Jorgina Sales, Verônica Medeiros e

Mércia Breda (*in memorian*), gratidão por terem me acolhido tão bem durante os semestres em que pude compartilhar a docência com vocês.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e à Coordenação da Área Técnica do Consultório na Rua, por ter viabilizado a realização desta pesquisa. Especialmente, aos profissionais do Consultório na Rua. Obrigado pelo afeto, confiança e disponibilidade de vocês.

Ao Coletivo Massunim RD. Para mim é um prazer poder dividir a vida e militância com quem tem o coração alinhado com o meu. Viva a luta anti-proibicionista e anti-racista. Viva as práticas dialógicas freirianas. Viva o cuidado como afeto revolucionário!

Às minhas amigas e companheiras, Carol Rocha, Thaysa, Thati Nicácio, Jandira, Liziany, Priscila, Ana Carolina, Tati Rodrigues, Juliana, Patrícia, Sandra Sena, Jess, que me acolheram e de diversos modos fizeram com que minha trajetória por Maceió fosse tão especial.

Aos meus amigos, Samuel, Diego (D2), Rafael (Giga), Jefferson, Epon, Lucas, que compartilharam comigo bons momentos e boas risadas.

E a todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória e me ajudaram. Gratidão.

"Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade"¹.

¹ Paulo Freire: o andarilho da utopia, em série de programas radiofônicos da Rádio Nederland, da Holanda.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto do estudo as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro e a questão norteadora que a conduziu foi “Quais são as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro?”. O cuidado seguro pode ser entendido como uma estrutura de atividades que cria culturas, comportamentos, processos, tecnologias e ambientes em saúde que mitigam de forma consistente e sustentável o risco, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e diminuem o impacto do dano quando ele ocorre. O objetivo foi compreender as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, compreensiva e exploratória. O cenário do estudo foi a capital alagoana. Participaram desta pesquisa 21 profissionais do Consultório na Rua. A produção das informações aconteceu por meio das técnicas de observação participante e grupo focal. O tratamento e interpretação das informações foram desenvolvidos orientando-se pelo método da análise temática proposto por Minayo. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e aprovado com o número de parecer 5.501.153. Os resultados foram organizados e sistematizados em três categorias temáticas a saber: Concepções acerca do cuidado seguro; Desafios enfrentados para o cuidado seguro no contexto da rua; e, Estratégias utilizadas para realizar o cuidado com segurança. Os participantes, em sua maioria, manifestaram concepções e práticas acerca do cuidado seguro relacionadas ao uso de tecnologias leves de cuidado como o vínculo, acolhimento e empatia. Discursaram que a segurança do cuidado está associada não somente à realização de procedimentos, mas também consideraram a própria segurança do profissional como parte da segurança do usuário. Foram evidenciadas concepções sobre cuidado seguro relacionadas a um cuidado que minimiza riscos, bem como evita erros e danos. Foram elencadas dificuldades associadas à falta de experiência e qualificação profissional para atuação junto às pessoas em situação de rua, bem como desafios relacionados às singularidades encontradas no contexto da rua. Ademais, os participantes apontaram problemas na articulação e acolhimento de usuários por parte de outros serviços que prestam assistência e cuidado à população em situação de rua. Por fim, as dificuldades dos usuários relacionadas ao cuidado de si, bem como o uso de substâncias e as constantes mudanças de território foram pontuadas como desafios. O planejamento de ações foi a principal estratégia revelada nos discursos dos profissionais. Foram elencadas atividades intituladas pré-campo, pós-campo, reunião semanal de equipe e cronograma semanal de atividades. O compartilhamento do cuidado e de tarefas, bem como a comunicação entre os profissionais também foram mencionadas. A realização deste estudo possibilitou a compreensão da temática do cuidado seguro sob a ótica dos profissionais do Consultório na Rua. Sugere-se a implementação de ações importantes para melhorar e qualificar o cuidado seguro às pessoas em situação de rua e, consequentemente, reduzir a ocorrência de incidentes. As implicações para a prática podem ser percebidas no sentido de fortalecer a sensibilização para o tema do cuidado seguro na Atenção Primária por parte dos profissionais da saúde, usuários, gestores, formuladores de políticas, educadores e pesquisadores. O estímulo à segurança entre esses sujeitos será um fator potencializador de estratégias que visem a melhoria da qualidade e a redução de incidentes.

Descritores: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Consultório na Rua.

ABSTRACT

This research has as object of study the conceptions and practices of the professionals of the Street Clinic regarding safe care and the guiding question that led to it was “What are the conceptions and practices of the professionals of the Street Clinic regarding safe care?”. Safe care can be understood as a structure of activities that create cultures, behaviors, processes, technologies and environments in health that consistently and sustainably mitigate risk, provide evidence of preventable harm, make errors less likely and decrease the impact of damage when it occurs. The objective was to understand the conceptions and practices of the professionals of the Street Office regarding safe care. This is a qualitative, comprehensive, exploratory and descriptive research. The study scenario was the capital of Alagoas. Twenty-one professionals from the Street Office participated in this research. The production of information took place through participant observation and focus group techniques. The treatment and interpretation of the information were combined, guided by the thematic analysis method proposed by Minayo. The study was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas and approved under opinion number 5,501,153. The results were organized and systematized into three thematic categories, namely: Conceptions and practices regarding safe care; Challenges faced for safe care in the street context; and, Strategies used for safe care. Participants, for the most part, expressed conceptions and practices about safe care related to the use of technologies at levels of care such as bonding, welcoming and empathy. They said that care safety is associated not only with performing procedures, but also considered the professional's own safety as part of the user's safety. Conceptions about safe care related to care that minimizes risks, as well as avoiding errors and damage, were evidenced. Difficulties associated with the lack of experience and professional qualification to work with homeless people were listed, as well as challenges related to the singularities found in the context of the street. In addition, the participants pointed out problems in the articulation and reception of users by other services that provide attention and care to the homeless population. Finally, the users' difficulties related to self-care, as well as the use of substances and the constant changes of territory were punctuated as challenges. Action planning was the main strategy revealed in the professionals' speeches. There were listed activities entitled pre-field, post-field, weekly team meeting and weekly schedule of activities. Sharing care and tasks, as well as communication between professionals, were also mentioned. Carrying out this study made it possible to understand the topic of safe care from the perspective of professionals at the Street Office. It is suggested the implementation of important actions to improve and qualify safe care for homeless people and, consequently, reduce the occurrence of incidents. The implications for practice can be perceived in the sense of strengthening awareness of the issue of safe care in Primary Care on the part of health professionals, users, managers, policy makers, educators and researchers. Encouraging safety among these subjects will be a potentiating factor for strategies aimed at improving quality and reducing incidents.

Descriptors: Patient Safety; Primary Health Care; Street Clinics.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Terminologias adotadas pela Organização Mundial da Saúde no Plano de Ação Global para Segurança do Paciente.....	16
Figura 1. Mapa mental das categorias temáticas do estudo.....	20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AT	Análise Temática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
CnaR	Consultório na Rua
CEP/UFAL	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eCR	Equipes de Consultório na Rua
EPIs	Equipamentos de proteção individual
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSR	População em Situação de Rua
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SP	Segurança do Paciente
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UBSM	Unidades Básicas de Saúde Mistas
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
4. REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1 Iniciativas internacionais e nacionais que versam sobre o cuidado seguro	20
4.2 Cuidado seguro na Atenção Primária à Saúde	21
4.3 População em Situação de Rua e o Consultório na Rua	22
5. METODOLOGIA	25
5.1 Tipo de estudo	25
5.2 Cenário	25
5.3 Participantes da pesquisa	26
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	28
5.5 Aproximação com os participantes	28
5.6 Técnicas e instrumentos para produção das informações	28
5.7 Produção das informações	30
5.8 Critério para encerrar a produção das informações	31
5.9 Procedimento para descrição e análise das informações	32
5.10 Aspectos Éticos	33
6. RESULTADOS	34
7. DISCUSSÕES	45
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9. REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A - Quadros de caracterização dos participantes, roteiro da observação participante e roteiro do grupo focal.	54
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)	57
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.	62
ANEXO B - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.	65

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem como objeto do estudo as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro e a questão norteadora que a conduziu foi “Quais são as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro?”.

Esta construção surgiu a partir das inquietações decorrentes das minhas experiências com o cuidado de enfermagem junto à População em Situação de Rua (PSR) acompanhadas por equipes de Consultório na Rua (eCR) nos estados de Alagoas e Pernambuco, durante minha formação pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. A reaproximação com a temática do cuidado seguro emergiu da necessidade da requalificação das práticas em saúde para atender as necessidades específicas que o cenário da pandemia da COVID-19 trazia. Na ocasião, estive em atuação junto às eCR e à coordenação da área técnica do Consultório na Rua (CnaR) vinculado à Coordenação Geral da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

A temática da Segurança do Paciente (SP) ganhou mais visibilidade internacionalmente após a publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” em 1999 pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos e com a criação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente no ano de 2004 (SILVA *et al.*, 2022). Grabois e Rosa (2019) afirmam que no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) só assumiu a SP como uma política pública 14 anos após a publicação do referido relatório e nove anos depois do lançamento da Aliança Mundial. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído com a publicação da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013 (BRASIL, 2013a). No mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 foi publicada e nela são encontradas ações para SP em serviços de saúde, bem como foi previsto o desenvolvimento de seis protocolos básicos de SP (BRASIL, 2013b).

O cuidado seguro pode ser entendido como uma estrutura de atividades que cria culturas, comportamentos, processos, tecnologias e ambientes em saúde que reduzem de forma consistente e sustentável o risco, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano quando ele ocorre (OMS, 2021). A produção do conhecimento científico a respeito da SP tem se concentrado largamente no contexto da atenção terciária, principalmente nos hospitais, porém, na Atenção Primária à Saúde (APS) a natureza dos problemas relacionados à segurança é muito diferente (VINCENT; AMALBERTI, 2016). As pesquisas sobre o cuidado seguro na APS brasileira têm desvelado uma realidade complexa

e com múltiplos atravessamentos. Problemas relacionados à infraestrutura, dimensionamento de equipe, falta de insumos e equipamentos de proteção individual (EPIs), dificuldades organizacionais e de gestão, bem como sobrecarga profissional têm sido apontados por diversos trabalhadores da saúde, em sua maioria, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como fragilidades que comprometem a qualidade e que podem comprometer a segurança do cuidado (SILVA *et al.*, 2019).

Vicente e Amalberti (2016) afirmam que a APS enfrenta enormes desafios e os profissionais que trabalham neste nível de atenção lidam com realidades cada vez mais complexas, o que torna impossível prestar um cuidado ideal e plenamente seguro a todos os pacientes. Além disso, colocam que os referidos profissionais podem ter altos padrões pessoais de cuidado sem ter consciência dos riscos aos quais os pacientes estão expostos no sistema de saúde como um todo, dificultando a compreensão dos riscos em âmbito sistêmico ou a avaliação de estratégias mais amplas de gestão dos riscos.

No Rio de Janeiro, um estudo caracterizou os eventos adversos que ocorreram em 13 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Foram identificados 125 incidentes relacionados à SP e os fatores que contribuíram para a ocorrência dos incidentes foram falhas na comunicação com o paciente, com a rede de atenção e entre os profissionais (65,53%), falhas no cuidado (44,34%), bem como falhas na gestão (16,11%) (MARCHON; MENDES-JUNIOR; PAVÃO, 2015). No estado do Amazonas, um estudo realizado em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) identificou 86 pessoas que sofreram incidentes de segurança na APS, em um período de três meses. Os três tipos de erros mais frequentes envolvidos nesses incidentes foram os que se seguem: erro de tratamento (21,9%), erro relacionado a prontuário (20,09%) e erro de comunicação (13,4%) (AGUIAR *et al.*, 2020).

Algumas pesquisas recentes têm avaliado e analisado a cultura de SP no contexto da APS do Brasil. Elas têm apontado quais as dimensões da SP são mais bem avaliadas e também as mais fragilizadas, auxiliando no processo de compreensão das necessidades de mudanças no contexto da prática profissional (PAI *et al.*, 2020; MACEDO *et al.*, 2020; RAIMONDI; BERNAL; MATSUDA, 2019; RAIMONDI *et al.*, 2019). As pesquisas de Macedo *et al.* (2020) e Raimondi, Bernal e Matsuda (2019) evidenciaram que “o processo de trabalho no serviço de atuação” e o “apoio dos gestores” foram as dimensões da cultura de segurança com avaliação mais fragilizada. Já a pesquisa de Pai *et al.* (2020) evidenciou que os profissionais inquiridos expressam cultura de SP positiva, exceto na dimensão “pressão e ritmo de trabalho”. No entanto, mesmo com alguns avanços, Medeiros, Virgílio e Santos (2019) afirmam que os

estudos relacionados à SP na APS ainda são incipientes e que esse cenário necessita de pesquisas.

No âmbito da APS brasileira, as eCR são as referências para o cuidado junto à PSR. Estas equipes possuem um processo de trabalho singular e bastante complexo, no qual diferentes tecnologias de cuidados precisam ser postas em prática para assegurar o cuidado integral à PSR (TIMÓTEO *et al.*, 2020). A PSR constitui-se em um grupo heterogêneo que tem como características semelhantes a ausência de domicílios convencionais regulares e fixos, bem como presença de vínculos familiares fragilizados ou rompidos (BRASIL, 2014), a pobreza, as precárias condições de vida, a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e outros direitos de cidadania (ENGSTROM *et al.*, 2019). Trata-se de um grupo social que vivencia múltiplas vulnerabilidades marcadas por processos de exclusão social, marginalização e preconceitos (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Segundo Silva *et al.* (2020), no espaço das ruas, existem evidências de que seus moradores sofrem danos com a falta de acesso aos serviços de saúde, especialmente nos modelos de APS, adicionam-se ainda, as fragilidades assistenciais pela ausência de recursos mínimos e de profissionais necessários para efetivação da saúde nas ruas, além da ausência de suporte familiar, o que impacta diretamente a saúde e a qualidade de vida. A segurança do cuidado à pessoa que vive em situação de rua não é apenas responsabilidade do setor da saúde. Com a finalidade de garantir resolutividade às demandas da PSR, faz-se necessário uma forte articulação de múltiplas ações entre serviços e setores que estão para além da saúde (ALVES *et al.*, 2021).

Cardoso *et al.* (2018) afirmam que o trabalho das eCR são organizados numa perspectiva de compartilhamento do cuidado para superar as dificuldades encontradas no cuidado às pessoas em situação de rua. As ações intersetoriais possibilitam o atendimento integral e visam à superação das fragmentações decorrentes das estruturas setorializadas, viabilizando a atenção às necessidades sociais da população (VERIDIANO; ANDRADE; GOMES, 2017). Com isso, o cuidado à PSR é compartilhado por diversos serviços e como consequência, os danos provenientes das adversidades a que eles estão expostos são inúmeros (SILVA *et al.*, 2020).

Nos últimos anos, o número de pesquisas qualitativas sobre a SP no âmbito da APS tem aumentado. O estudo de Silva *et al.* (2022) buscou compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a SP e revelou que os participantes não tinham conhecimento sobre a PNSP, tampouco sobre os protocolos básicos previstos nesta política. Já a pesquisa de Alencar *et al.* (2021) apreendeu as representações sociais de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

(ESF), estes parecem ter incorporado uma cultura de segurança positiva, adotando o compromisso por um cuidado de qualidade, em detrimento do agir espontaneamente. A investigação de Silva *et al.* (2021) objetivou compreender as concepções de enfermeiras da ESF e revelou algumas dificuldades práticas, dentre elas, a estrutura física inadequada e a falta ou deficiência de material de consumo, bem como, aquelas relativas à gestão e ou organização e à sobrecarga de trabalho foram elencadas.

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender as concepções e práticas dos profissionais do CnaR acerca do cuidado seguro e a partir desse conhecimento, subsidiar possível elaboração de estratégias para controle e mitigação dos riscos, danos e eventos adversos e no fortalecimento do cuidado seguro na APS. Ademais, ele está em consonância com o objetivo estratégico do “Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030: Para eliminar evitáveis danos nos cuidados de saúde” publicado pela OMS em 2021, que versa sobre garantir a segurança em processos clínicos, com foco na Atenção Primária. Dentro das ações propostas para alcançar este objetivo, encontra-se a realização de pesquisas sobre SP em diferentes contextos de cuidados em saúde (OMS, 2021).

2. OBJETIVO

Compreender as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta pesquisa guia a construção dos conceitos a serem abordados referente ao cuidado seguro e é o lugar onde são propostas as balizas para interpretação das concepções e práticas. Ao tomar o cuidado seguro desenvolvido pelos profissionais do CnaR como objeto de análise, torna-se necessário a construção de um aporte teórico-conceitual, uma vez que faz-se referência a um universo próprio de significados. Com intuito de aprofundar o entendimento do universo de conceituações sobre a segurança do cuidado, buscou-se fazer uma tessitura com a estrutura conceitual que vem sendo construída e proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS).

Inicialmente, a SP foi conceituada pela OMS como redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Sendo este mínimo, referente às noções coletivas de um determinado conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados prestados foram ponderados, em relação ao risco de não tratamento ou outro tratamento. Já o

dano, por sua vez, foi classificado como físico, social ou psicológico e decorre de um comprometimento das estruturas ou funções do corpo, bem como qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. O conceito de erro é definido como uma falha em executar uma ação planejada conforme pretendido ou a aplicação de um plano incorreto. Erros podem se manifestar fazendo a coisa errada ou deixando de fazer a coisa certa (omissão), em qualquer fase de planejamento ou execução (OMS, 2009).

Em 2014, o MS publicou o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Nele são encontrados alguns conceitos que versam sobre a temática. Importante destacar, que os documentos publicados pela OMS também foram utilizados como referencial. No universo vocabular da SP, as definições de risco, incidente, evento adverso e *near miss* são imprescindíveis. O risco pode ser entendido como uma circunstância, agente ou ação com potencial para causar danos. Incidente é uma situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Já o evento adverso necessariamente é um incidente que resulta em dano. E por fim, o *near miss*, é um incidente que não atingiu o paciente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

No ano de 2021, a OMS publicou o “Plano de ação global para segurança do paciente 2021–2030: Rumo à eliminação evitável danos na saúde”. Neste documento encontram-se os termos e conceitos mais atualizados referente à temática. O quadro conceitual a seguir foi elaborado com as terminologias e definições mais recentes.

Quadro 1. Terminologias adotadas pela OMS no Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030.

Conceito	Descrição
Cultura de Segurança	A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam a características da gestão de saúde e segurança da organização. Organizações com uma cultura de segurança positiva é caracterizada por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas.
Cuidado seguro	O cuidado seguro envolve a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências para maximizar a saúde resultados de um indivíduo e para minimizar o potencial de dano.

Segurança do paciente	A segurança do paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, consistentemente, diminui os riscos de forma sustentável, reduz a ocorrência de danos evitáveis, torna o erro menos provável e reduz o impacto do dano quando ele ocorre.
Qualidade	O grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o profissional atual conhecimento.

Fonte: OMS (2021) traduzido e adaptado pelo autor.

Vincent e Amalberti (2016), em seu livro “Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado”, afirmam que o conceito atual de SP ainda é muito estreito e que o progresso futuro, especialmente fora dos hospitais, exigirá uma visão mais ampla. Os autores apontam ainda acerca da necessidade de novas taxonomias e abordagens diferentes quando se trata de outros ambientes de prestação de cuidados. O referido livro traz elementos constitutivos para fundamentar a compreensão acerca dos significados, concepções e fenômenos que permeiam a temática do cuidado seguro. Nesta pesquisa, adotou-se o uso do termo cuidado seguro por compreender que ele se aproxima mais da vivência dos profissionais do CnaR. Acrescente-se ainda que tais profissionais não utilizam em seu universo vocabular a palavra paciente, a estes eles chamam de usuários, fazendo menção a ser usuário do sistema de saúde.

No âmbito da APS e dos processos de trabalho das equipes que trabalham neste nível de atenção, a qualificação das práticas está vinculada a diversos fatores: estruturação e organização do serviço; adesão a novas tecnologias; e, sobretudo, comprometimento contínuo e permanente de ações que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde (SILVA *et al.*, 2016). As eCR possuem um processo de trabalho bastante singular que são orientadas por diversas políticas intersetoriais e neste íterim, diferentes tecnologias de cuidados precisam ser postas em prática para assegurar o cuidado integral às PSR (MERHY *et al.*, 2019; TIMÓTEO *et al.*, 2020). O processo de trabalho dessas equipes transpõe “as barreiras institucionais do próprio sistema de saúde e da ausência de articulação intersetorial entre as políticas públicas” (ROSA; SANTANA, 2018).

O trabalho em saúde é construído com tecnologias materiais e imateriais. No âmbito das tecnologias materiais podem ser citadas as ferramentas e instrumentos que são usados de modos determinados, a exemplo o caderno de campo, as fichas do e-SUS e os equipamentos de proteção individual. Todas estas são consideradas tecnologias duras. Além disso, também são

frequentes o uso das tecnologias imateriais: as leve-duras e as leves. A primeira diz respeito aos saberes estruturados das profissões da saúde que por vezes podem se apresentar de maneira dura e outras vezes leve. A segunda corresponde a tudo que é utilizado para favorecer o encontro: “escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros” (MERHY *et al.*, 2019). Todo esse aparato tecnológico instrumentaliza o processo de trabalho das eCR que torna o cuidado prestado complexo e dinâmico.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Iniciativas internacionais e nacionais que versam sobre o cuidado seguro

Diversas campanhas e iniciativas foram realizadas nas últimas décadas com o objetivo de incentivar a qualidade e a segurança na assistência em saúde. Um marco no âmbito internacional foi a publicação do relatório *To Err is Human* (2000) do Institute of Medicine (IOM), que alertou para o impacto dos eventos adversos em saúde e contribuiu para fomentar ações para melhorar a segurança do paciente. Alguns anos depois, já em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que focou suas ações em campanhas como a do “Desafio Global para a Segurança do Paciente”. O ano de 2005 foi marcado pelo estabelecimento do primeiro desafio mundial da OMS para a SP: Uma assistência limpa é uma assistência mais segura. Tal desafio conclamou um movimento mundial em prol da higienização das mãos, reconhecidamente a ação isolada mais eficaz no combate das infecções.

No Brasil, uma das iniciativas que potencializou conhecimentos e ações para promover o desenvolvimento da segurança do paciente, foi a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente em 2008 (REBRAENSP, 2019). Em 2009, foi criado o portal PROQUALIS pela Fundação Oswaldo Cruz com o objetivo de fornecer subsídios técnicos sobre os temas da segurança às instituições de saúde em todo o país. Neste mesmo ano, houve a fundação do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil), uma organização não governamental, independente e sem fins lucrativos que desenvolve ações para promover a segurança no uso de medicamentos. A publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 de 2011 foi um grande marco pois sintetizou os tópicos essenciais e mais relevantes para a garantia da qualidade e segurança em quaisquer instituições de saúde. Já a RDC nº 36 de 2013 normatiza a constituição e as atribuições dos Núcleos de Segurança do Paciente nas unidades de saúde, define as ações e os protocolos preventivos que devem ser

contemplados nos planos de segurança e define que as instituições devem desenvolver e implantar uma sistemática de identificação, monitoramento e notificação de eventos adversos. Dessa maneira, a implantação e o funcionamento dos NSP são imprescindíveis para promover a cultura da segurança e traçar um diagnóstico situacional de cada realidade (BRASIL, 2013).

O PNSP foi instituído pela portaria nº 529 de 2013 e tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Ademais, previu a promoção de uma cultura de segurança, juntamente com uma sistemática de vigilância e monitoramento de eventos adversos à nível nacional, através do Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Os principais produtos do PNSP seriam a constituição dos NSP e a implantação dos protocolos básicos de segurança contidas nos planos de segurança do paciente a serem desenvolvidos pelas instituições de saúde. A portaria nº 1.377 aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente intitulados: cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão. Outros quatro protocolos foram aprovados por meio da portaria nº 2095, a saber: Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente; e o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013).

4.2 Cuidado seguro na Atenção Primária à Saúde

Silva *et al.* (2020) afirmam que a temática da SP surgiu da preocupação das instituições de saúde com a qualidade do cuidado no contexto hospitalar, com vistas a prevenir danos e reduzir riscos frente aos eventos adversos compreendidos por resultar dano(s) desnecessário(s) e evitável(is) aos pacientes que estão vulneráveis a sofrer durante a assistência à saúde. As autoras apontam ainda que os riscos que envolvem as PSR são distintos aos observados em ambientes hospitalares e na própria Atenção Primária à Saúde (APS) em si. Essas questões estão relacionadas pelas características singulares dos diferentes territórios, bem como das pessoas que nele vivem e dos profissionais que atuam diretamente nesse cuidado.

As pesquisas na área do cuidado seguro na APS brasileira têm desvelado uma realidade complexa e com múltiplos atravessamentos. Problemas relacionados à infraestrutura, dimensionamento de equipe, falta de insumos e equipamentos de proteção individual (EPIs), dificuldades organizacionais e de gestão, bem como sobrecarga profissional têm sido apontados por diversos trabalhadores da saúde, em sua maioria, da Estratégia de Saúde da Família, como fragilidades que comprometem a qualidade e que podem comprometer a segurança do cuidado (SILVA *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2021).

Vincent e Amalberti (2016) ponderam que a atenção primária enfrenta enormes desafios. Os profissionais desse ambiente lidam com doenças cada vez mais complexas, o que torna impossível prestar um cuidado ideal e plenamente seguro a todos os pacientes. Acrescente-se ainda que estes profissionais podem ter altos padrões pessoais de cuidado sem ter consciência dos riscos aos quais os pacientes estão expostos no sistema de saúde como um todo. Isso dificulta a compreensão dos riscos em âmbito sistêmico ou a avaliação de estratégias mais amplas de gestão dos riscos.

4.3 População em Situação de Rua e o Consultório na Rua

Ter a rua como morada tem sido sinônimo de conviver com a violência diária que ocorre das mais diversas maneiras, tais como: violência física e psicológica impostas pela estigmatização, abordagens violentas por parte dos profissionais da segurança pública, descaso no atendimento e ausência de políticas públicas (XIMENES *et al.*, 2021). Dessa forma, toda essa violência, faz com que o indivíduo se torne mais vulnerável, trazendo um impacto negativo na saúde física e mental dele (VALLE; FARAH; CARNEIRO JUNIOR, 2020).

Ayres, Castellanos e Baptista (2018) chamam a atenção para uma preocupação e afirmam que não podemos naturalizar a vulnerabilidade, muito menos pensar que existe vulnerabilidade em geral. Deste modo, quando se pensa em PSR, é necessário fazer alguns questionamentos: “vulnerabilidade de quem?”, “a que?”, “quando?”, “em que território?”, “quais as circunstâncias?”. Tais perguntas ajudam a compreender que a vulnerabilidade é sempre relacional e que há sinergias de vulnerabilidade. Então, é mais adequado pensar em relações de vulnerabilização do que em populações vulneráveis. E quem deve apontar quais são as relações em questão é a própria população a quem o cuidado é direcionado.

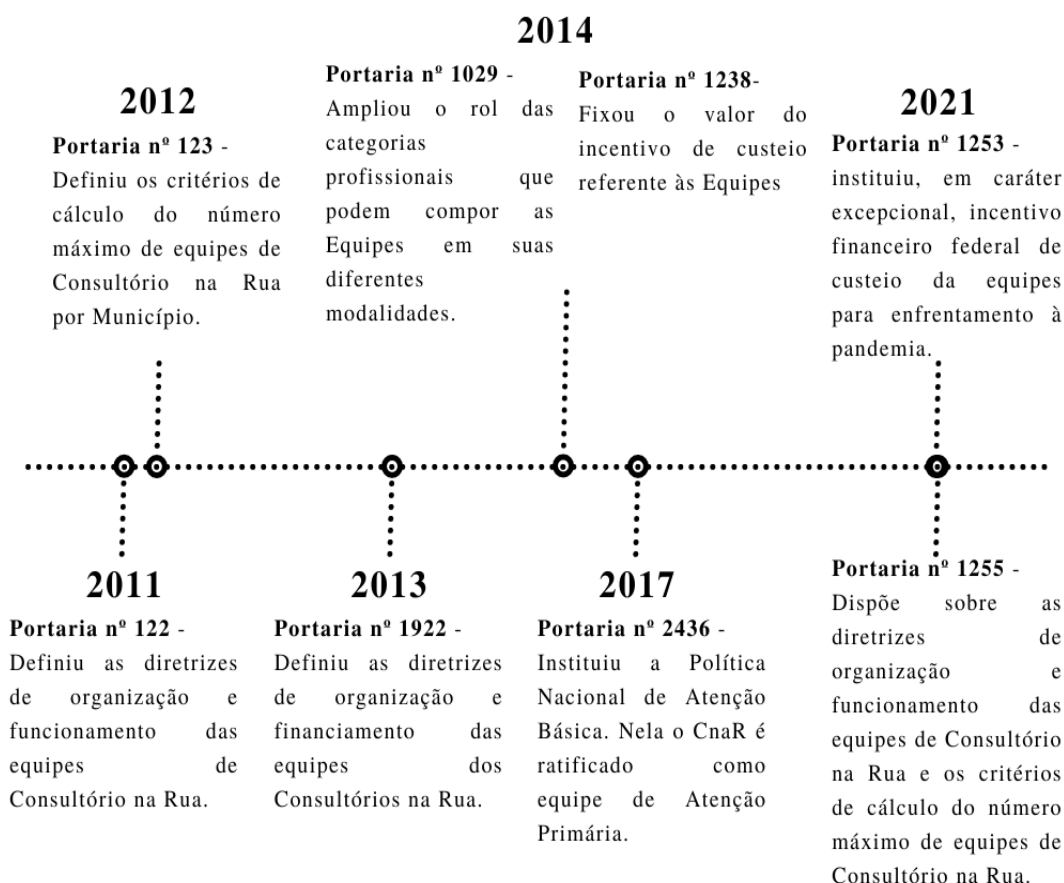
O decreto nº 7.053 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR). Nela encontra-se que, a população em situação de rua caracteriza-se como um grupo heterogêneo, possuindo em comum vulnerabilidades socioeconômicas, assim como, inexistência de moradia convencional regular, fazendo uso de locais públicos como ambiente de residência, permanente ou temporariamente (BRASIL, 2009). São pessoas que possuem vínculos familiares fragilizados ou rompidos e que passam por processos de invisibilização, exclusão social, marginalização e preconceitos (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Um marcador importante quando se fala da PSR é sua heterogeneidade que decorre das singularidades e subjetividades encontradas nas trajetórias de vida.

Desse modo, as PSR estão sob um complexo processo de vulnerabilização decorrente das desigualdades estruturais da sociedade, que as cercam de preconceitos (SILVA *et al.*, 2021).

Esse cenário contribui fortemente para a estigmatização e invisibilidade dessas pessoas, as quais permanecem marginalizadas, sem nenhuma garantia ou direito ao acesso à rede de assistência à saúde de forma universal (ENGSTROM *et al.*, 2016; TEIXEIRA *et al.*, 2019). Inúmeras condições e atravessamentos podem ser encontrados no cotidiano das PSR, um que merece destaque é o acesso às políticas públicas de diferentes setores, como as de alimentação, saúde, assistência social, trabalho e renda.

No setor saúde, Hino, Santos e Rosa (2018) pontuam que quando estas pessoas procuram os serviços se deparam com o despreparo e a inabilidade dos profissionais para a realização da escuta qualificada e do acolhimento das demandas e necessidades. Ademais, não é incomum se deparar com situações que criam barreiras para o cuidado. É inviável discutir sobre o cuidado seguro sem garantir primeiro o acesso e compreender as relações de vulnerabilização que as PSR possam estar envolvidas. Com vistas à garantia do acesso desta população aos serviços de saúde, uma sucessão de portarias foi instituída e consolidou o trabalho destas equipes. A seguir, apresenta-se a figura 1, nela encontra-se uma linha do tempo de publicação destas portarias.

Figura 1. Linha do tempo das portarias que consolidaram o Consultório na Rua.



Fonte: Elaboração própria construída no Canva, 2023.

Uma das finalidades do CnaR é oferecer, de modo mais fácil e dinâmico, a atenção integral à saúde para essa parcela da população (BRASIL, 2012). A atuação das equipes de Consultório na Rua (eCR) junto à PSR é complexa e preconiza a adoção de uma visão ampliada de cuidado, a qual considera as singularidades e os contextos de vida do indivíduo (ENGSTROM *et al.*, 2016).

As eCR se caracterizam por prestarem assistência livre de preconceitos e/ou julgamentos, considerando que este é um grupo heterogêneo com demandas específicas (SILVA *et al.*, 2021). Para isso, as equipes atuam de forma itinerante e desenvolvem ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção (BRASIL, 2010). O cuidado ofertado pelo Consultório na Rua (CnaR) compreende um conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012). Nesse ínterim, estas equipes são fundamentais para a mitigação das iniquidades em saúde e, conseqüentemente, em consolidar na prática o direito constitucional de acesso à

saúde bem como aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Universalidade, a Equidade e a Integralidade em saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa qualitativa, compreensiva e exploratória. De acordo com Minayo (2017), a pesquisa qualitativa possui uma natureza distinta e busca a intensidade do fenômeno em sua dimensão sociocultural, que se expressa por meio das crenças, valores, opiniões, costumes, comportamentos e práticas. Os estudos compreensivos são aqueles que buscam os significados dos fenômenos e a ação que os guiam e os expressam. A novidade epistemológica é mostrar que o mundo não é algo deduzível, e sim, uma realidade concreta e vivida, transbordante de significados produzidos intersubjetivamente (MINAYO, 2010). A finalidade da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Este estudo está situado no campo da pesquisa social compreensiva. Segundo Minayo (2016, p.23), essa corrente teórica de pensamento e produção de conhecimento busca a compreensão da realidade humana vivida socialmente. O pesquisador que desenvolve estudos nessa área possui como matérias-primas as vivências e experiências da cotidianidade e deve entender que a linguagem, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2021, p.23).

5.2 Cenário

O cenário do estudo foi a APS da capital alagoana. De acordo com Plano Municipal de Saúde, Maceió representa, aproximadamente, 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,552 km/m² dividida em 51 bairros, sendo estes, subdivididos em 08 Distritos Sanitários, de acordo com a organização espacial desenhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a oferta das ações e serviços à população (MACEIÓ, 2017). A APS nesta localidade, do ponto de vista da estrutura organizativa, funciona com 05 gerências para o desenvolvimento das ações e serviços, que são: Gerência de Distritos Sanitários, Gerência de Unidades de Saúde, Gerência de Saúde Bucal e Gerência de Programas Estratégicos.

Em 2017, havia um total de 36 UBSF, 16 UBS (Modelo tradicional /Demanda espontânea), seis Unidades Básicas de Saúde Mistas (UBSM - ESF e modelo tradicional), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sete

Unidades Especializadas, dois Centros de Especialidade Odontológica e um Centro de Especialidade (MACEIÓ, 2017). No estado de Alagoas, somente a capital possui eCR. Os profissionais estão organizados em seis equipes, todas na modalidade II, e prestam assistência e cuidado à PSR em todos os distritos sanitários da capital com funcionamento nos três turnos. Estas equipes são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, no âmbito da Diretoria de Atenção à Saúde, por meio da Coordenação Geral da APS.

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, as eCR possuem as seguintes modalidades: Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, dentre os quais dois destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista ou terapeuta ocupacional e os demais deverão ser agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física; Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, dentre os quais três destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista ou terapeuta ocupacional e os demais deverão ser agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física; e, Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2017b). Deste modo, torna-se importante destacar que não há profissional médico em nenhuma eCR atuante em Maceió.

Cada eCR em Maceió fica lotada em uma unidade de saúde, a seguir, lista-se os nomes das unidades que dão suporte às equipes: Equipe 1 - UBS Oswaldo Brandão Vilela; Equipe 2 - UBSF Durval Cortez; Equipe 3 - UBS Walter Lima; Equipe 4 - Unidade de Referência de Saúde Roland Simon; Equipe 5 - UBSF José Araújo; Equipe 6 - Centro de Saúde Dr. Hamilton Falcão.

5.3 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 21 profissionais do CnaR de Maceió. Destes, sete eram Agentes de Ação Social, cinco Enfermeiros, três Técnicos em Enfermagem, três Psicólogos, um Dentista, um Assistente Social e um Profissional de Educação Física. Para garantir o anonimato dos participantes e sigilo das informações, as falas dos mesmos foram codificadas pelas primeiras letras da ocupação de atuação na equipe, seguida por números arábicos crescentes, seguindo a ordem de participação na pesquisa, conforme exemplos: ENF 5 para enfermeiro (a), PSI 3 para psicólogo(a), TEC 3 para técnico(a) de enfermagem, ASS 1 para assistente social, AAS 7 para agente de ação social, DEN 1 para dentista, PEF 1 para profissional de educação física.

Com vistas a garantir a propriedade por parte do leitor sobre a fonte de informações, apontam-se algumas características dos participantes. Dentre os Agentes de Ação Social, AAS 1 é uma mulher, solteira e sem filhos, 37 anos, com tempo de atuação no CnaR superior a 4 anos, possui ensino superior completo em Gastronomia e pós-graduação. AAS 2 é um homem, pai de três filhos, 40 anos, já esteve em situação de rua por alguns anos e atualmente trabalha no CnaR há mais de dez anos. AAS 3 é um homem, em união estável, pai de um filho, 22 anos, esteve em situação de rua e era acompanhado pelo CnaR desde sua infância/adolescência, desenvolve seu trabalho na equipe há mais de quatro anos. AAS 4 é uma mulher, solteira, 42 anos, desenvolve trabalho com teatro na rua, está em atuação há mais de dez anos, desde o início da formação das equipes.

AAS 5 é um homem, solteiro, 23 anos, trabalha junto ao CnaR há pelo menos 5 anos. AAS 6 é uma mulher, solteira, estudante de ensino superior, está em atuação há nove meses. AAS 7 é um homem, casado, 38 anos, pai de dois filhos, é músico e desenvolve atividades com grupos de percussão e batuque junto às pessoas em situação de rua, desenvolve seu trabalho há pelo menos dez anos. A seguir, apresentam-se algumas características dos enfermeiros que compuseram a fonte de informações. ENF 1 é um homem, em união estável, 32 anos, pai de um filho, com tempo de atuação superior a dois anos e meio, possui pós-graduação em nefrologia. ENF 2 é uma mulher, 31 anos, casada, pós-graduanda em saúde pública, trabalha junto ao CnaR há mais de dez anos. ENF 3 é uma mulher, 42 anos, casada, mãe de um filho, em atuação há mais de oito anos, possui quatro pós-graduações: saúde pública, docência, enfermagem do trabalho e urgência e emergência. ENF 4 é uma mulher, casada, 36 anos, mãe de um filho, desenvolve o trabalho junto às eCR há mais de 10 anos. ENF 5 é uma mulher, casada, 31 anos, em atuação há quase três anos e possui residência em enfermagem em psiquiatria e saúde mental.

Dando sequência, apresentam-se características dos profissionais da psicologia que compuseram a fonte de informações. PSI 1 é uma mulher de 39 anos, em união estável, mãe de dois filhos, trabalha no CnaR há sete meses e possui duas pós-graduações, uma em saúde mental e jurídica e outra em equoterapia. PSI 2 é uma mulher de 26 anos, solteira, em atuação no CnaR há mais de dois anos e meio e atualmente cursa uma pós-graduação. PSI 3 é uma mulher de 28 anos, solteira, trabalha no CnaR há quatro anos e é especialista em ativação de processos de mudança no ensino superior na saúde.

Além destas, três técnicas de enfermagem participaram da pesquisa. TEC 1 é uma mulher de 54 anos, casada, mãe de três filhos, possui ensino superior completo em Serviço Social, atuando há seis anos no CnaR. TEC 2 é uma mulher de 27 anos, solteira, mãe de um

filho, em atuação no CnaR a um ano e um mês. TEC 3 é uma mulher de 51 anos, solteira, 11 anos de trabalho no CnaR, atualmente cursa graduação. Por fim, DEN 1 é uma mulher de 35 anos, casada, atua há três anos no CnaR. ASS 1 é uma mulher de 56 anos, casada, mãe de três filhos e em atuação há 12 anos junto as eCR. PEF 1 é um homem de 36 anos, solteiro, trabalha junto às eCR há pelo menos dez anos e possui pós-graduação.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Ser um profissional das diversas categorias que compõem o CnaR de Maceió e ter tempo de experiência no trabalho de no mínimo seis meses. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se encontravam de licença médica, férias ou qualquer tipo de afastamento durante o período de realização da pesquisa.

5.5 Aproximação com os participantes

A aproximação com os participantes desta pesquisa aconteceu através da articulação com os profissionais vinculados à Coordenação da Área Técnica do CnaR de Maceió durante os meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022. O projeto de pesquisa foi apresentado em uma reunião online, via Google Meet, para obtenção da anuência. Posteriormente, o pesquisador foi convidado a apresentar sua pesquisa em uma reunião geral de planejamento que aconteceu em fevereiro de 2022, de modo presencial. Na ocasião, estiveram presentes profissionais de todas as seis eCR. Este momento foi imprescindível para que os prováveis participantes pudessem esclarecer suas dúvidas e ter subsídios suficientes que os auxiliassem na decisão sobre participar da pesquisa.

5.6 Técnicas e instrumentos para produção das informações

Como técnicas para a produção das informações, foram utilizadas a observação participante do tipo observador-como-participante e o grupo focal (GF). Já os instrumentos foram o diário de campo, gravador de áudio mp3 e um breve questionário para caracterização dos participantes de elaboração própria com base no estudo de Silva *et al.* (2019). No questionário foram solicitadas as seguintes informações: Idade, estado civil, sexo, se possui filhos, ocupação profissional, tempo de trabalho na equipe, tempo de formação profissional e se possui pós-graduação (Apêndice A).

Com o auxílio da observação participante, o pesquisador analisa a realidade por meio da imersão no campo da pesquisa. Com isso, é possível captar uma variedade de situações e

fenômenos que são observados diretamente no contexto em que o participante se encontra (MINAYO, 2016). A observação participante acontece em três momentos. Na etapa 1, verifica-se a aproximação do pesquisador com o grupo, implica perceber expectativas, superar os desafios e ser aceito e também o conflito de assegurar objetividade na coleta de dados. A etapa 2 exige um esforço para uma visão de conjunto do que representa seu objeto de estudo, é nela que se observa o cotidiano e registra-se no diário de campo. Já a etapa 3 ocorre após a conclusão da coleta de dados e inclui a análise dos dados (MILES; HUBERMAN, 1984; RICHARDSON, 1999). Importante ressaltar que o instrumento de registro da observação participante é o diário de campo e os fatos devem ser registrados no diário o quanto antes após observado para garantir a fidedignidade do que se observa (FALKEMBACK, 1987).

O roteiro da observação participante encontrado no Apêndice A foi construído com base no instrumento intitulado “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para a Atenção Primária” (TIMM; RODRIGUES, 2016) e na pesquisa da Silva *et al.* (2019). O referido instrumento foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para uso no Brasil. Ele mede doze dimensões do constructo da SP. Dentre estas, quatro seções foram selecionadas em virtude da possibilidade de ações serem observadas em campo: Segurança do Paciente e Qualidade; Trocas de informações sobre outras instituições; Trabalhando neste serviço de saúde; Comunicação e acompanhamento. A partir da pesquisa de Silva *et al.* (2019) foram adicionadas ao roteiro as seguintes seções: Barreiras e oportunidades para o cuidado seguro; Riscos, erros e eventos adversos relacionados à assistência; Incorporação de práticas seguras baseadas em evidência; Incorporação de Procedimento Operacional Padrão/ Normas/ Protocolos de SP.

O GF se caracteriza como sendo um procedimento que explora as interações das pessoas em determinado grupo que, ao debater sobre um tema, possibilita aos integrantes exporem suas opiniões e aprofundarem a discussão, envolvendo pensamentos e sentimentos, permitindo assim, ao pesquisador, uma melhor análise dos dados (SANTOS; SILVA; JESUS, 2016). Backs *et al.* (2011) afirma que o GF se constitui num espaço de discussão e troca de experiência, propiciando um espaço de problematização em torno do tema, sendo uma importante estratégia para fomentar as discussões.

Kinalsk *et al.* (2017) concluiu que a formação do GF viabiliza o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os integrantes do grupo, que é essencial para o aprofundamento da discussão. Essa estratégia se mostra capaz de alcançar a compreensão de experiências e de reflexão sobre o meio. A autora destaca ainda a relevância da técnica para pesquisas na área de enfermagem e da saúde, sendo de suma importância para o entendimento e transformação da prática assistencial. O uso da técnica de GF oportuniza a reflexão crítica a respeito do cotidiano,

permite a exposição de nuances da complexidade cultural, sendo uma possibilidade de pesquisa qualitativa na área de enfermagem (RESSEL *et al.*, 2008).

O roteiro de perguntas para o GF foi elaborado com base nas pesquisas de Silva *et al.* (2022), Alencar *et al.* (2021), Mesquita *et al.* (2020), Silva *et al.* (2019) e Melo *et al.* (2018). Estas pesquisas qualitativas buscaram compreender, apreender, conhecer e analisar concepções, práticas, percepções e representações de profissionais da APS acerca da temática de SP. Os grupos foram realizados conforme as etapas que se seguem: 1) Abertura de sessão e apresentação dos participantes entre si, bem como os esclarecimentos dos objetivos e regras da pesquisa; 2) Seguimento dos esclarecimentos sobre a dinâmica de discussões grupais com um breve debate livre de ideias e opiniões sobre o tema, sem prejuízo a nenhum participante sobre a sua fala ou ponto de vista; 3) Estabelecimento do setting grupal; 4) Debate propriamente dito onde todos falam, reformulam e, até mesmo, chegam a novas ideias e concepções através da discussão em grupo; 5) Síntese dos momentos anteriores; e, 6) Encerramento da sessão.

O setting grupal compreendeu um conjunto de procedimentos pactuados no grupo para organizar e possibilitar o processo grupal quanto ao: horário dos encontros, pontualidade, assiduidade, saídas antecipadas, respeito às ideias, opiniões, valores e crenças dos participantes, caráter confidencial das discussões, dentre outros, conforme indicado por Dall'Agnol e Trench (1999). Os registros dos depoimentos dos grupos focais foram feitos através da gravação de áudio em mp3 dos momentos de diálogo.

5.7 Produção das informações

A produção das informações aconteceu entre os meses de junho e setembro de 2022. O pesquisador conduziu as observações das eCR previamente à realização dos GF. A articulação para a entrada no campo aconteceu por meio de contato via *WhatsApp* com o respectivo apoiador de cada equipe. Essa é uma característica encontrada no processo de trabalho destas equipes em Maceió. Cada uma delas possui um profissional conhecido como apoiador, sua função é facilitar a comunicação com os profissionais das equipes e com a coordenação do CnaR. Então, os apoiadores das seis equipes foram eventualmente abordados para realizar a articulação da entrada no campo.

Após os cumprimentos iniciais, esclarecimentos sobre a pesquisa, leitura e assinatura dos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Anexo 1), bem como explicação da técnica, o pesquisador realizou as observações. A estratégia inicial traçada foi de observar as seis equipes durante sua atuação em campo por três vezes, o que totalizavam 18 idas a campo,

com duração média de seis horas (um turno de trabalho). No entanto, foram realizadas e registradas em diário de campo 12 observações que aconteceram junto a quatro eCR.

Durante o processo de produção das informações, dois profissionais do CnaR (um da equipe em que estava sendo feita a observação e um outro membro da equipe que faltava iniciar a observação) foram demitidos e em virtude dessa realidade, não foi possível dar continuidade à produção das informações. Os profissionais juntamente com os apoiadores das equipes relataram estarem se sentindo fragilizados em virtude das instabilidades que foram geradas com as demissões. Com isso, ficou inviável realizar a observação participante e os grupos focais com as duas equipes restantes. É importante destacar que quase todos os profissionais que compõem essas equipes são contratados, ou seja, estão expostos às precarizações deste tipo de vínculo trabalhista.

No decorrer das observações, o pesquisador perguntou aos profissionais quais seriam as melhores estratégias, dias e turnos para a realização dos GF. As quatro equipes observadas optaram por realizar o GF no dia da semana que era destinado para a realização da reunião semanal da equipe. Algumas preferiram que o GF iniciasse no primeiro horário e outras no segundo horário, o pesquisador atendeu as necessidades das equipes e realizou os grupos nos horários acordados, de modo a não interferir no processo de trabalho. Nos dias de realização dos grupos, os participantes foram convidados a responder o questionário de caracterização (Apêndice A) e depois dava-se início a execução da técnica. O roteiro de perguntas para o GF (Apêndice A) foi dividido em dois blocos para proporcionar um momento de intervalo. Foram realizados quatro grupos focais, com duração média de 120 minutos, totalizando 21 participantes. Cada grupo focal aconteceu nas salas das UBS em que as eCR são lotadas.

5.8 Critério para encerrar a produção das informações

Segundo Minayo (2017), a amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto (ou da pergunta) que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por observação participante. Uma recomendação proposta pela mesma autora é considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações. Nesse sentido, pode-se dizer que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.

5.9 Procedimento para descrição e análise das informações

A técnica para análise das informações produzidas nos grupos focais e na observação participante foi a Análise Temática (AT). Conduzir este tipo de análise consiste em descobrir núcleos de sentido que emergem do material analisado, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico da pesquisa. O tema pode ser conceituado como uma unidade de significação complexa que se liberta do material em análise e sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica. Esta técnica operacionalmente se desdobra em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e, Tratamento dos dados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014 p. 315-316).

Neste estudo, a opção pela AT se deu em virtude da familiaridade e apropriação pela técnica, bem como pela possibilidade de analisar o material empírico da pesquisa, buscando a compreensão das concepções e práticas dos profissionais do CnaR acerca do cuidado seguro. O material empírico de natureza qualitativa foi avaliado e interpretado a partir da perspectiva dos conceitos e fenômenos relacionados à segurança do cuidado, buscando-se, nas comunicações analisadas, os temas relevantes para a elucidação do objeto desta pesquisa. Os registros da observação participante foram feitos em diários de campo. Já os depoimentos dos participantes nos grupos focais foram gravados no formato de áudio mp3. As transcrições foram feitas e revisadas por três pesquisadores independentes.

Na etapa inicial de pré-análise, todo material qualitativo foi reunido com vistas à uma aproximação e familiarização com o conjunto de comunicações. A partir de um contato direto, intenso e exaustivo, o pesquisador foi imergido no material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Em seguida, deu-se início a constituição do corpus que respondeu algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (MINAYO, 2014 p.316). Deste modo, foi possível certificar que o material qualitativo estava adequado e que conseguia responder a questão de pesquisa levantada. Posteriormente, com o universo das comunicações definido e validado, deu-se início a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, mediante a leitura exaustiva do material novamente. Assim, houve a possibilidade de abertura para novas indagações e correção dos rumos interpretativos. Com isso, foram determinadas as palavras-chaves e frases (unidades de registro), bem como as unidades de contexto para compreensão e significação das unidades de registro. Logo após foram realizados recortes para cada grupo focal transcrito originando quatro quadros de sínteses.

Na etapa de exploração do material deu-se início ao processo de categorização que consistiu na redução dos textos a partir de palavras e expressões significativas, buscando alcançar o núcleo de compreensão dos textos. Então, os depoimentos foram codificados, classificados e agregados em temas. Estas etapas anteriores foram fundamentais para a conclusão do momento analítico com a etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa, inferências e interpretações foram feitas pelo pesquisador interrelacionando-as com o referencial teórico permitindo a construção de explicações acerca do objeto de estudo.

Após o tratamento e análise das informações produzidas nos grupos focais, iniciou-se a etapa de análise dos registros das observações nos diários de campo. Os registros continham impressões pessoais do pesquisador sobre o campo de pesquisa e as equipes, bem como notas sobre questões de infraestrutura, processo de trabalho, comportamentos e práticas, dentre outras. Estas informações foram sendo adicionadas às categorias temáticas empíricas de modo a corroborar ou refutar com o que foi elucidado.

Para garantir o anonimato dos participantes e sigilo das informações, as falas dos mesmos foram codificadas pelas primeiras letras da ocupação de atuação na equipe, seguida por números arábicos crescentes, seguindo a ordem de participação na pesquisa, conforme exemplos: (ENF 5 para enfermeiro (a), PSI 3 para psicólogo(a), TEC 3 para técnico(a) de enfermagem, ASS 1 para assistente social, AAS 7 para agente de ação social, DEN 1 para dentista, PEF 1 para profissional de educação física. E para os dados da observação, as informações foram codificadas com a sigla OBS, seguido das primeiras letras da ocupação do profissional em atuação na equipe e um número arábico, exemplo: (OBS ENF 1 - Observação do(a) Enfermeiro(a) 1). Ademais, dados gerais sobre a observação das equipes foram codificados com a sigla OBS, seguido eCR e os seguintes nomes gregos: alfa, beta, gama e delta, exemplo: (OBS eCR alfa).

5.10 Aspectos Éticos

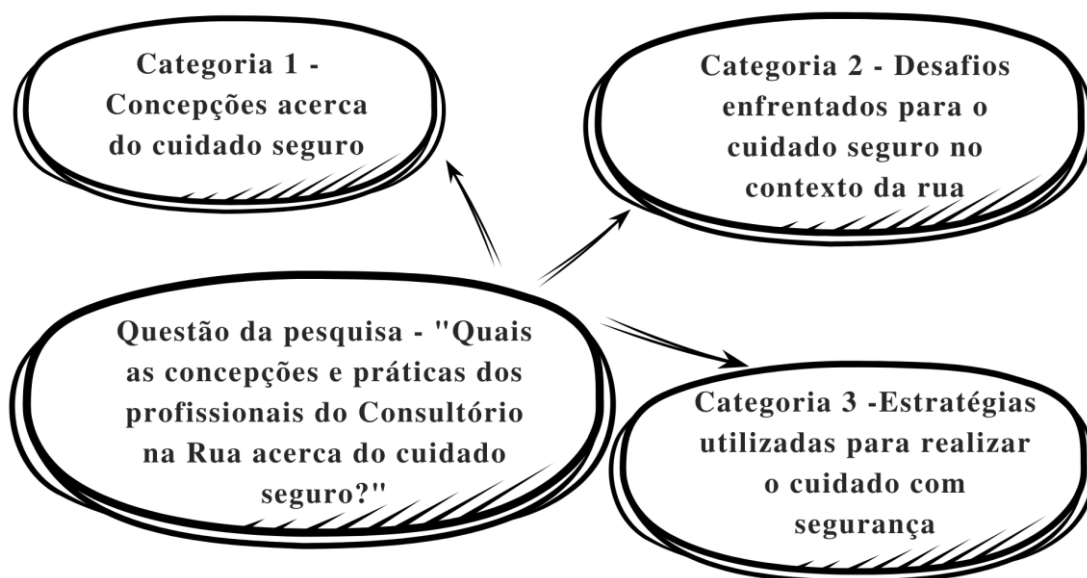
Inicialmente o projeto de pesquisa foi apresentado à Coordenação da Área Técnica do CnaR. Posteriormente, foi obtida a autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió para sua execução, por meio da assinatura de um termo de anuência (Anexo B). Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, foram atendidos os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido ao CEP/UFAL, por meio da Plataforma Brasil e aprovado com o número de parecer 5.501.153

e sob o CAAE 57045722.5.0000.5013. O trabalho de campo e produção das informações foram iniciadas após a apreciação ética. A todos participantes foram resguardados os direitos de não participar da pesquisa ou desistir dela a qualquer momento, bem como foram assegurados o sigilo e o anonimato. Deste modo, garantiu-se a efetivação de princípios éticos que regem a pesquisa. Antes da assinatura dos TCLE, os profissionais tomaram ciência sobre a realização da pesquisa e puderam tirar suas dúvidas.

6. RESULTADOS

Na busca por compreender as concepções e práticas dos profissionais do CnaR acerca do cuidado seguro, foi necessário imergir na desnudação do arcabouço interpretativo do fenômeno estudado. A partir da análise das informações produzidas nos grupos focais e nas observações emergiram três categorias temáticas, a saber: Concepções acerca do cuidado seguro; Desafios enfrentados para o cuidado seguro no contexto da rua; e, Estratégias utilizadas para o cuidado com segurança. A figura 1 é uma representação gráfica, em formato de mapa mental, destas categorias que respondem à questão da pesquisa.

Figura 1. Mapa mental das categorias temáticas do estudo.



Fonte: Elaboração própria construída no Canva, 2023.

Concepções acerca do cuidado seguro

Esta primeira categoria temática apresenta as concepções atribuídas pelos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro. Nesse sentido, os participantes, em sua

maioria, manifestaram que ele está relacionado ao uso de tecnologias leves de cuidado como o vínculo, acolhimento e empatia. Assim, tanto os depoimentos como as observações realizadas reforçam esse entendimento.

Para mim o cuidado seguro é você abordar da forma mais leve possível toda a demanda que o usuário transmite para você. É a questão de demonstrar, na forma mais leve, como você pode cuidar do outro (AAS 1).

O cuidado seguro passa também pelo vínculo, né? Da pessoa ter a segurança de que ela pode falar o que ela quiser, o que ela pensar e que nós vamos acolhê-lo da forma que ele necessita naquele momento. Então, essa é a segurança que a gente tenta passar para os nossos usuários, de que conosco ele vai estar bem. Dentro da medida do possível para ele (ASS 1).

Eu acho que o cuidado seguro é basicamente isso, quando tem o vínculo, quando você consegue transmitir aquele cuidado para o usuário e o usuário consegue absorver aquele cuidado que o profissional tá transmitindo para ele, né? Eu acho que o cuidado seguro é basicamente isso, quando tem essa interação entre profissional e usuário e esse cuidado automaticamente se torna seguro. Pra mim é isso (PEF 1).

Eu acho que tem a ver também com você se dispor a sentir o outro, né?. Eu acho que sentir talvez seja muito mais importante do que o que eu tenha que fazer, entendeu? Porque quando você se dispõe a assistir, é... você entra num sistema de empatia e aí você aos poucos consegue perceber e fluir nesse cuidado, né? Porque também eu achava antes que o cuidado era só aquilo e não é só aquilo. Muitas vezes uma conversa é um cuidado, um acolhimento é puro... é um cuidado (TEC 1).

A agente se coloca com uma postura respeitosa. Acolhe bem os usuários, com leveza e sensibilidade. Explica o funcionamento do serviço, bem como as ações de saúde que são desenvolvidas. Sua alegria contagia promovendo a construção e fortalecimento de vínculos (OBS AAS 1).

Durante um atendimento a um usuário que estava deitado e debilitado sem conseguir se levantar do papelão, a enfermeira vai até o local, se apresenta, pede licença e senta ao lado dele no chão. Tal ação mostra respeito e empatia (OBS ENF 4).

Percebe-se que no discurso de PEF 1 há também uma concepção sobre o usuário como receptor. Acredita-se que essa seja uma influência do modelo biomédico, que coloca os profissionais de saúde em um lugar de suposto saber sobre as doenças e os usuários como receptores do cuidado. Os profissionais também discursaram que a segurança do cuidado está associada não somente à realização de procedimentos, mas também consideraram a própria segurança profissional como parte da segurança do usuário.

[...] Cuidado seguro é você ter segurança de prescrição, segurança de medicação, segurança de uma orientação, né? Segurança de higienização das mãos, segurança de uso de equipamentos de proteção individual (ENF 1).

[...] Em relação ao cuidado seguro, eu penso muito nisso, né? Tanto da gente, quanto da pessoa que a gente está ali atendendo, acompanhando, enfim, ofertando esse cuidado. Por que no Consultório, eu aprendi muito sobre o cuidado compartilhado, né? E aí, eu acho que isso é um caminho que torna seguro (PSI 3).

Eu acho que é aquele que traz segurança para o paciente e para o profissional, para usuário e para o profissional. Às vezes, a gente pensa muito na segurança, no cuidado com o usuário e esquece que a gente pode se contaminar, que a gente pode adoecer (ENF 2).

Algumas falas de profissionais da enfermagem denotam concepções sobre cuidado seguro relacionadas a um cuidado que minimiza riscos, bem como evita erros e danos.

Para mim, cuidado seguro é você analisar todos os riscos inerentes do seu campo de atuação e tentar minimizá-los, né? Através da análise desses riscos (ENF 1).

O cuidado seguro é você minimizar os erros, né? Efeitos adversos que você pode está levando para esses usuários. Não só para o usuário, como também para a nossa segurança né? Tem que está avaliando como é que você vai fazer o curativo. Por exemplo, eu expor tudo que eu vou utilizar para não ficar faltando. E ficar eita, faltou uma gaze.. vou lá buscar... Isso pode ocorrer o risco de contaminação, ir até o local buscar, você pode contaminar o material... Então assim, evitar o erro, evitar o dano ao usuário. É você vê antes tudo o que você vai fazer com aquele usuário, né? Medicação, até uma verificação de P.A (Pressão arterial). Por exemplo, você tem que estar higienizando, né? Os materiais, para não causar uma infecção cruzada. Então, você minimiza os erros com esse cuidado. Estar verificando o que você precisa antes do procedimento (ENF 3).

Diante das falas dos profissionais, notou-se que as concepções acerca do cuidado seguro são polissêmicas, com destaque para as tecnologias leves de cuidado como ferramentas que fortalecem a segurança do cuidado.

Desafios para a segurança do cuidado no contexto da rua

Esta categoria trouxe elementos que os profissionais do Consultório na Rua compreendem como desafios encontrados no cotidiano da rua. Foram elencadas dificuldades associadas à atuação profissional junto às PSR, bem como desafios relacionados às singularidades encontradas no contexto da rua. Ademais, os participantes apontaram problemas na articulação e acolhimento de usuários por parte de outros serviços que prestam assistência e cuidado à esta população. Por fim, as dificuldades dos usuários relacionadas ao cuidado de si, bem como o uso de substâncias e as constantes mudanças de território foram pontuadas como desafios.

[...] Como que eu, Consultório na Rua, quero que o profissional venha fazer um trabalho seguro, se o profissional, que entrou no Consultório na Rua, não teve nenhuma prática? Ele foi totalmente jogado dentro de um sistema que já é precarizado, que já não sabe mais o que fazer, entendeu? [...] 99,9% do que eu sei eu aprendi no dia a dia. Eu aprendi aqui lendo. Mas eu não tive, os demais também não tiveram, uma prática. Nós, praticamente, fomos abusados ao entrar no serviço sem entender o que é o serviço. Eu vou cobrar de você? Não vou cobrar (AAS 1).

Eu acho assim, que o Consultório na Rua tem uma complexidade muito grande. Porque assim, na sua graduação, a gente passa pelo hospital, passa pela unidade básica e eu nunca tinha passado pelo Consultório na Rua antes de trabalhar. Então, a gente vai aprendendo esse cuidado, né? A gente vai ter que tá ajustando esse cuidado [...] cada um tem uma complexidade. Então a gente tem que saber manejar, não é aquilo fechado, sabe? (ENF 5).

Em uma conversa informal no interior do transporte que conduz os profissionais aos territórios onde os usuários vivem, ENF 4 e ENF 5 conversam sobre o processo formativo do profissional da enfermagem e afirmam que durante a graduação não tiveram aulas sobre o cuidado à pessoa em situação de rua (OBS ECR delta).

Em relação às singularidades encontradas no contexto da rua, desafios relacionados à lavagem das mãos foram pontuados, bem como aspectos relacionados ao ambiente em que as pessoas vivem e suas complexidades. Os registros no diário de campo também corroboram com as falas dos profissionais.

[...] A gente não tem como lavar as mãos adequadamente nas ruas. A gente usa o álcool, o álcool em gel para fazer esse cuidado antes de fazer o procedimento e depois. A gente não tem esse cuidado total, de você ter uma pia para lavar a mão. A gente até, às vezes, levava garrafas com água e sabão, que a gente higienizava as mãos antes e depois, né, na rua, né? A gente faz isso também. Mas, assim, não é totalmente o adequado, mas é a forma que a gente consegue amenizar os riscos e os danos que as sujidades levam, né?. Não é o totalmente correto, mas na situação de rua é o que a gente pode tá usando e tá fazendo na nossa prática (ENF 3).

Em virtude do trabalho acontecer de modo itinerante, observou-se nas idas a campo que os profissionais não fazem a higienização das mãos com água e sabão, no entanto, utilizam álcool em gel ou líquido à 70%. Por vezes, o uso do álcool aconteceu apenas após a realização de procedimentos (OBS ECR alfa, beta, gama e delta).

[...] Eu também quando vim do curso técnico era tudo estéril, cama toda forradinha, aquela coisa de luva estéril, aquela coisa toda e quando, a primeira vez que eu cheguei no campo, eu vi o motorista fazendo curativo e aquilo me chocou, porque eu vim de um curso recente. Então para mim aquilo era estranho, aí eu digo: eita meu Deus, e agora? [...] Como na casa de um usuário mesmo, que ali, se você for abrir um campo estéril, todo aquele procedimento que é para ser feito, não tem como. Mosca, calor, quentura, o paciente agonizando, aí você tem que ter uma técnica para você ter ali aquela rapidez, né? E você tem que limpar para depois, então a gente trabalhar [fala interrompida]. [...] Por mais que ele ainda dê uma ajuda, mas se a gente for fazer mesmo, de acordo como diz a literatura, como diz a enfermagem, é todo procedimento diferente, é tudo estéril. Imagine... as moscas voando, é rato passando pelo

chão... então a gente vive numa guerra real, a gente vive nessa guerra e a gente tem que ter dinâmica... se não tiver dinâmica... (TEC 3).

Esta equipe tem em seu território de atuação diversas pessoas que residem em unidades domiciliares não-convencionais (barracos de lona). São pessoas que majoritariamente sobrevivem da pesca de mariscos e da reciclagem. Observei que grande parte dos barracos contém muita sujeira, lixos e animais (OBS ECR delta).

Exatamente, então assim, eu acho que assim, todo graduando deveria passar pelo Consultório na Rua, porque assim, realmente a gente aprende muito, né? E a gente vai aprendendo errando mesmo, mas a gente tenta acertar, tipo fazer um curativo, por exemplo, né? A gente sabe que tem que fazer na unidade, a gente aprende dessa maneira, mas a gente tem que fazer na rua, então há redução de danos naquela situação ali, que a gente foi até criticado uma vez, não foi? A gente estava fazendo um curativo e alguém disse: “Oxe, uma mosca”. Não sei o que disse, mas disse sim, a gente tem que fazer (ENF 4).

Enfermeira realiza testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis no interior de um barraco na orla lagunar. Observou-se a presença de ratos no interior do barraco. Mesmo com essa situação, o procedimento foi realizado. O material perfurocortante foi armazenado em uma garrafa pet (OBS ENF 5).

Além disso, os profissionais relataram problemas na articulação e acolhimento de usuários por parte de outros serviços que prestam assistência e cuidado à população em situação de rua. Entretanto, as observações de uma equipe revelaram uma boa articulação intersetorial.

Fragilidade é quando a gente vai no serviço que leva um usuário que o serviço não nos recebe como de fato a poderia ser recebido (AAS 1).

Eu lembro que nesse mesmo dia, a gente também teve algumas situações com o próprio serviço. Assim, então percebe que a fragilidade e dificuldade é isso. Às vezes articular com a rede é muito difícil, sabe? Às vezes, encontrar uma rede que acolha, que esteja aberta, sabe? Que simplesmente recepcione, sabe? Que acolha a demanda normalmente... a gente não encontra, a gente encontra o contrário disso. Às vezes é um atendimento violento mesmo e isso dificulta o serviço, né? Dificulta a gente conseguir concluir o atendimento, além desses imprevistos, que acontecem constantemente. A gente chega no serviço e se depara com profissionais também que são violentos, sabe? Violento o usuário e o profissional. Nesse dia também rolou isso (PSI 2).

Demanda muito esforço do profissional, tipo... em explicar o óbvio, né? Porque, assim, é cansativo você ficar conversando com um o profissional, que a gente percebe que ele não tá disposto a negociar, a considerar as características do nosso serviço. E aí a gente tem que realmente se desprender muito, né... se explicar muito, né? Tem que às vezes ir até para uma questão legal, né? E mesmo assim é negado, o legal também é negado, é violado. E uma das coisas que me irrita muito é a violência institucional. A violência institucional pra mim é punk (TEC 1).

Os serviços a seguir foram visitados: Abrigo, Casa de Passagem, Casa de Passagem Familiar. Observei que possuem uma boa comunicação com os técnicos de referências desses serviços,

que em sua maioria são educadores sociais, psicólogos ou assistentes sociais. Nas ações e serviços realizados houve uma boa integração entre a equipe e os técnicos. Indicando uma boa articulação intersetorial, uma vez que tais serviços compõem a Rede Socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (OBS ECR beta).

Questões relacionadas à infraestrutura das salas onde as equipes são lotadas também foram colocadas como desafios para o cuidado seguro. As observações apontaram para uma realidade difícil.

Uma dificuldade que impede o cuidado seguro são as baratas [muitos risos de toda a equipe]. Um local insalubre. Um local de saúde. Você está trabalhando num local que está totalmente insalubre e até risco de acidente mesmo (ASS 5).

A sala destinada à equipe fica no fundo da Unidade de Saúde. Atualmente a equipe divide sala com o Serviço Social/Cartão do SUS. Estão dividindo porque a sala 'oficial' que também fica no fundo da Unidade está com o ar condicionado quebrado a alguns meses e está com mofo em todas as paredes. Quando entrei na sala percebi que a mesma está em condições precárias, móveis e armários superlotados de pastas, insumos, remédios, maletas, dentre outros objetos e ferramentas. O cheiro é fortíssimo até para quem estava com máscaras. Percebi que a unidade de saúde também apresenta locais com infraestrutura precária. A equipe também comentou sobre a demora para acontecer manutenções e reparos por parte da Secretaria Municipal de Saúde (OBS ECR beta).

E até a nossa sala ali, a gente não tem ar condicionado, tá toda infiltrada, cheia de mofo. E a gente não tem local pra fazer um pré-campo, um pós-campo, para fazer uma evolução, para evoluir. Chega aqui, tem gente... Essa sala, a todo tempo tem gente aqui, né? É uma dificuldade que a gente encontra para está se reunindo, para estar discutindo caso. A gente só pode fazer reunião dia de quinta-feira, quando o povo dessa sala aqui sai, né? Dificulta. E não é por falta de falar, já foi levado à Coordenação, mas, infelizmente, ela não consegue resolver tudo, né? Infelizmente (ENF 3).

A sala destinada à equipe fica no interior da Unidade de Saúde. A sala está com mofo nas paredes. Quando entrei na sala percebi que a mesma é muito pequena para comportar todos os profissionais. Apresenta armários superlotados de pastas, insumos, remédios, maletas, dentre outros objetos e ferramentas. A Unidade de Saúde também apresenta partes com infraestrutura ruim (OBS ECR delta).

As dificuldades dos usuários relacionadas ao cuidado de si, bem como o uso de substâncias e as constantes mudanças de território foram pontuadas como desafios para o cuidado seguro no contexto da rua.

Acho que uma das dificuldades é o usuário querer. Se ele não quiser, a gente não vai a canto nenhum. Então, parte do princípio primeiro dele querer esse cuidado. É como a psicóloga colocou, não adianta a gente querer levar uma pessoa: "Olha você tem que tomar esse remédio, se não você vai morrer"... Mas ela não quer. Ela não tá querendo aquele cuidado. A

gente se esforça e tudo, mas se ela não quiser, não avançamos [fala interrompida]. Acho que a principal barreira do cuidado, né, desse cuidado, é o usuário. A resistência do usuário (ENF 3).

Como uma usuária que a gente tem. Ela às vezes fica sem tomar banho, a gente conversa, pede e ela fica sempre no “depois” e a gente não consegue. Hoje a gente avançou com medicamentos. Graças a Deus ela está aceitando, porque antes ela nem aceitava. Então a gente tá avançando num medicamento, numa palavra, nesse vínculo que a gente fortifica. Mas, assim, ela tem a resistência de vir ao médico, ela se automedica. Eu acho que o que dificulta mesmo é a resistência do usuário (TEC 2).

Tem a questão da rotatividade, hoje o usuário tá aqui, amanhã ele está em outro território também. O tratamento de sífilis, né, tem que ter o ciclo certinho. Às vezes, hoje, o usuário está. Amanhã, a gente pode não achar ele (TEC 3).

Acho que a gente também não falou sobre o uso das drogas, né? Apesar de não ser uma dificuldade sempre, mas pode ser, em alguns momentos, né? O usuário que está sob efeito, como foi o caso de uma pessoa que atendemos essa semana, né? Está sob efeito, está apresentando alguma intercorrência depois do uso... Sei lá, até uma orientação que você vai fazer, uma orientação do uso do preservativo, uma orientação simples... Talvez a dificuldade do uso faça com que a pessoa não compreenda as orientações e isso dificulta também esse cuidado seguro (ENF 2).

Eu acho que até o uso realmente da substância, né? Do que eles usam, isso também dificulta o cuidado. É muito ruim, realmente acho inviável conversar, fazer qualquer atendimento a um usuário de álcool, por exemplo. Porque eles não se concentram, ficam ali falando, falando e você fala, e no outro dia eles não vão saber. É diferente do usuário de crack e de maconha, por exemplo. São substâncias que você consegue conversar, a pessoa consegue bater um papo, embora se percam algumas coisas. Mas o (uso) do álcool é muito difícil. Quando chega num estágio ali de embriaguez, pronto [equipe ri], você não consegue [ruídos] [múltiplas falas], a gente fala “boa noite, depois a gente vem”, mas a gente sabe que dali não vai render mais nada. Não vai ter como você falar: “Olha amanhã tem uma consulta pra você ir tal horário”, a pessoa vai? Não vai. Isso dificulta também o acesso deles ao serviço. Por exemplo, a gente marca consultas, exames e a maioria não vai. Seja por dificuldade do uso, do outro dia ressecado, por continuar usando no outro dia, por não lembrar, por estar em outro território. Eu acho que isso é muito, muito mais do usuário. Eu acho que, assim, nas nossas fragilidades, nas nossas dificuldades, a gente tenta fazer o máximo para ofertar o melhor pro paciente, pro usuário. Acho que todos da equipe. O Consultório na Rua faz muito isso (ENF 3).

Estratégias utilizadas para realizar o cuidado com segurança

Esta categoria trouxe as condutas e estratégias que os participantes consideraram ser importantes para um cuidado com segurança. O planejamento das ações foi a principal estratégia revelada nos discursos dos profissionais. Foram elencadas atividades intituladas pré-campo, pós-campo, reunião semanal de equipe e cronograma semanal de atividades.

Eu acho que esse planejamento é o que é essencial, por isso que a gente tem o pré e pós-campo, tá entendendo? Porque, por exemplo, quando a gente vai para campo, isso é uma coisa que a

gente fala muito aqui, a gente sabe para onde vai, o que vai fazer, como é que vai ser, quem a gente vai ver, para quem é que a gente vai levar o cuidado hoje, para onde fulano vai. Esse pré-campo para gente estabelecer naquela tarde quem é que a gente vai, onde a gente vai estar e tudo, é muito importante. E a volta é o feedback, entendeu? Tipo, o pós-campo é você saber o que deu certo, o que não deu (ASS 1).

Uma das estratégias que a gente faz é a questão da continuidade do atendimento, né? Do agendamento. A gente tem o plano de ação do dia, né, do campo. Da semana, a gente tem o cronograma semanal. Antes da gente sair, tem o pré-campo de onde a gente vai fazer as situações. Entretanto, como veio com a fala do AAS 2, que a gente às vezes programa uma situação mas, às vezes, a gente deixa de fazer o nosso porque tem algo que demanda naquele momento da gente fazer. Mas a gente tem esse planejamento aí (PSI 1).

É se organizar né, também, por que a gente tem que ter um pré-campo. A gente vai ter um norte de onde a gente vai, quais os lugares, quais pessoas a gente vai atender naquele dia. Na enfermagem é como a ENF 3 falou, né? Tem que se organizar, saber o que vai usar para não estar indo atrás de alguma coisa, né? Essas coisas (TEC 2).

Pelo planejamento, tem essa questão da gente saber qual é o campo, quem é que vai ficar, qual é a dupla, essas estratégias que a gente faz, aquele contexto (ENF 5)

Eu acho que a gente pára também, uma vez na semana, para fazer reunião, a gente prioriza muito isso. Assim, quando a gente não consegue ter essa reunião semanal, a gente não consegue compartilhar os casos, não consegue alinhar os próximos passos. E é isso assim, de parar pra fazer a reunião e lembrar de que a gente não é um serviço de Urgência e Emergência, a gente é um serviço da Atenção Básica, então é um serviço pra ser preventivo. Então, a gente precisa parar pra alinhar o que deve ser feito, se não a gente fica no automático. E aí priorizar a reunião semanal eu acho importante também (PSI 1).

Apesar dessas estratégias terem sido elencadas, os dados da observação mostram que nem sempre os profissionais conseguem dar conta destas atividades.

Percebi que quem puxou a atividade que eles chamam de “Pré-campo” foi a PSI 2, nesse momento discutiram algumas demandas para o campo, a ENF 2 se colocou também e os demais concordaram. O pré-campo é uma atividade em que eles traçam o roteiro dos territórios a serem visitados. Percebi que no dia a PSI 2 não estava, não houve pré-campo (OBS ECR beta).

Hoje não houve pré-campo, atividade de organização do processo de trabalho para ida ao campo (OBS ECR delta).

Durante as observações desta equipe não houve pós-campo, atividade de avaliação do trabalho (OBS ECR alfa).

Outra estratégia para o cuidado seguro mencionada por alguns profissionais foi o compartilhamento do cuidado e de tarefas, bem como a comunicação entre os profissionais.

[...] Algo interessante na nossa equipe é que a gente não define que a ASS 1 vai no CORA (Central de marcação de exames), a gente não define que a ASS 1 tem que estar responsável por isso ou por aquilo. A gente define que todos os profissionais têm que ter uma coparticipação em tudo o que está sendo feito no campo. É o mesmo que ter a visão ampla de que não só é a ASS1, que está no caderno de campo hoje, que ela vai ser obrigada a fazer o caderno de campo. É que se a ASS 1 faltar, eu vou saber que o ENF 1, o ASS 2 ou outro profissional qualquer da equipe, tem que estar ciente do que se tem a fazer. Acho uma coisa muito boa na nossa equipe. É o termo organizacional que eu acho muito bom (ASS 1).

Esse planejamento é essencial, tipo assim, quem vai acompanhar, o que vai ser, qual o exame, você se inteirar da situação do usuário que você vai acompanhar, é um cuidado. Tipo assim, Se o usuário tem a DEN 1 como TR (Técnica de referência) e a DEN 1 que organizou tudo, mas é a ASS 1 quem vai levar para fazer isso, isso e isso, a gente senta. Qual a demanda? O que está acontecendo? Ela (DEN 1) passa e a gente segue o que foi acordado (ASS 1).

A divisão das tarefas (ENF 4).

A gente não fica todo mundo junto, cada um vai para um lado e vai se organizando, né? Vai pegando as demandas que vão surgindo no campo (ENF 5).

Comunicação eu acho que também, né? Temos que estar o tempo todo se comunicando. Para passar as situações, por que às vezes eu estou em uma situação ali e o resto da equipe não sabe, então eu tenho que passar né? Por que dependendo do que for, tem que ser feito ali na hora e estar todo mundo sabendo (PSI 3).

Durante o atendimento na casa de passagem, observei ótimo diálogo com a psicóloga e os educadores sociais (OBS ECR alfa)

No tocante à realização de testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), algumas estratégias para a segurança do cuidado no momento da entrega dos resultados foram elencadas.

[...]Quando faz o teste rápido, um faz o teste e dá as instruções, o outro entrega o resultado, faz aquela conversa. Já aconteceu também de fazer um teste rápido lá em cima com outros profissionais (Quando ASS 5 trabalhava em outra equipe), e aí quando ia dar o resultado, dava dentro da van, ficava só ela (a usuária) e a pessoa, nem o motorista ficava. Então só quem ia saber o resultado (AAS 5).

[...] O teste rápido, a gente às vezes faz em algum barraco e a gente sempre fala para o usuário que se alguém chegar para ficar olhando... é... eu explico a situação e falo para o usuário que vou pedir para a pessoa sair porque eu to fazendo teste rápido. Eu sempre explico a situação. Eu vejo que às vezes tem algum barraco que é bem movimentado, e eu falo, eu explico: “olhe, não pode entrar ninguém”, então é uma estratégia que eu particularmente eu uso, acho que a ENF 4 também, mas depende da situação. Pode ser quem for, primo irmão, pai, a gente sempre usa essa estratégia e se tiver alguém perto, se aproximar, eu já coloco alguma coisa em cima, tem coisas que a gente vai na vivência, vai fazendo essas estratégias (ENF 5).

Nesta manhã foram feitos três testes rápidos, no momento da entrega dos resultados, o ENF 1 chamou individualmente cada usuário e entregou o resultado em um local mais afastado dos outros usuários e da equipe (OBS ENF 1).

Alguns participantes evidenciaram a organização dos medicamentos como uma estratégia de cuidado seguro.

A organização dos medicamentos, que as meninas da enfermagem têm, de cada usuário, eu to falando aqui mais pelo que eu vejo delas, não é o que eu faço. É o que eu vejo as meninas fazendo, tem uma especialista aqui. É tudo separadinho o medicamento de fulano que a gente dá todos os dias, tem que ir lá levar o medicamento de sicrano que a gente dá para a semana toda, isso é um cuidado (ASS 1).

Os escanteios que a gente tem ali separando os medicamentos de cada um [apontando para caixinhas dispensadoras] (ENF 1).

Observei a enfermeira confeccionando uma caixinha para auxiliar uma usuária na tomada de suas medicações. A usuária não sabe ler e escrever. A caixinha tinha divisórias para os medicamentos para uso em jejum, depois do café da manhã, depois do almoço e os com tomada à noite (OBS ENF 5).

O cuidado na abordagem, acolhimento e respeito ao nome social foram apontados como estratégias que trazem segurança.

O cuidado na abordagem, que eu acho que leva ao respeito, você tem que ter. Por exemplo, se ele está usando (substâncias), tem uns que são abertos durante o uso para o contato, tem outros que não, que se sentem intimidados com a presença, então, tudo isso é alinhado em equipe para ele... “Olhe nem desce todo mundo, né?” ... Porque intimida, a gente não sabe se vai ser bem recebido, eu acho que são essas questões, né? (ENF 4).

Dar segurança ao usuário para que ele se sinta acolhido, para poder a gente agir, né? Acho que o acolhimento é o primordial (TEC 3).

É o cuidado também com o nome social, né? A gente tem que realmente chegar na pessoa e perguntar como você quer ser chamada, né? Esse cuidado (TEC 2).

A técnica de enfermagem aborda uma travesti em situação de rua, a chama pelo nome social, faz o acolhimento, entrega preservativos e agenda uma nova visita. A usuária estava sob efeitos de cola (OBS TEC 3).

Por vezes, alguns usuários precisam ser transportados no interior da Van que os profissionais utilizam para se deslocar aos diferentes territórios. Em relação ao transporte de usuários, algumas estratégias foram elencadas por um profissional da enfermagem. Durante as observações, alguns transportes de usuários foram realizados e corroboraram os depoimentos.

A questão de ter que botar o cinto no usuário quando a gente tá transportando para um hospital ou para algum lugar, porque ele pode escorregar, se machucar, sabe? Aquele assento (destinado aos usuários) não tem proteção nenhuma na frente, né? Então ele escorregou ali, ele vai bater lá do outro lado. Então, às vezes a gente transporta usuários que estão fragilizados. Que tá sem condição de se locomover ou tem alguma deficiência, então a gente tem sempre que tá se atentando a botar o cinto dele (ENF 1).

Fomos fazer busca ativa de um usuário que estava agendado para a realização de um raio-x. Como era um caso suspeito de tuberculose, de prontidão AAS 2 entregou ao homem uma máscara cirúrgica. Pediu para ele sentar no banco destinado às pessoas atendidas e orientou colocar o cinto de segurança (OBS AAS 2).

A questão de deixar a van sempre numa rota de fuga, né? Para caso emergencial. Por exemplo, alguém passou mal... é mais fácil de socorrer, né? Outro exemplo, no caso de uma situação de benzetacil, de administrar. Tem o risco de evento adverso. A gente tem que estar pronto para prestar um atendimento rápido. O mais rápido possível, né? E seguro (ENF 1).

A gente faz também a higienização da van quando faz o encaminhamento, né? Quando termina o encaminhamento, higieniza a van todinha. Principalmente se for um caso suspeito de COVID (ENF 1).

Em uma ida a campo com esta equipe, observei a preocupação com a higienização do banco da van com álcool à 70% (OBS ECR gama).

Em relação à higienização das mãos e o descarte de perfurocortantes, dois depoimentos puderam evidenciar estratégias utilizadas e o registro do diário de campo corroborou com um deles.

O uso daquele reservatório que a gente elaborou para higienizar as mãos também. O uso do álcool em gel, do álcool líquido (ENF 1).

[...] A gente anda com uma garrafinha PET para poder estar coletando aquilo que deveria ser descartado no descarpack. Porque também não tem como a gente estar andando no meio da rua com o descarpack, né? Então, é um exemplo, talvez, de cuidado seguro, né? Que aí traz segurança, uma certa segurança para nós enquanto profissionais da saúde e aquele está sendo cuidado também, né? (ENF 5).

Durante as idas a campo com esta equipe, percebeu-se o uso de uma garrafa pet de 1L como um recipiente para materiais perfurocortantes (OBS ECR delta).

Por fim, outra importante estratégia elencada foi a prática de autocuidado da equipe. Tal prática foi confirmada na ida a campo.

Aí tem uma coisa que a gente faz muito legal. A gente se cuida, sabe? Assim, tipo, no meio do campo, a gente organiza, coloca tudo o que a gente pretende fazer, porque muitas vezes esse fluxo é quebrado pela necessidade que se faz no momento, mas às vezes a gente percebe que um (profissional) está cansado, aí: “Vamo parar um pouquinho e tomar um caldo de cana? Vamos comer um pastel?”. E aí a gente conversa um pouco, fica leve, o trabalho flui. Eu

percebo que esse cuidado é muito melhor, eu percebo que a gente fica mais leve e é muito bom esse momento aqui, porque a gente não deixa de trabalhar, mas a gente destina nem que seja dez, quinze minutos ou até trinta minutos ali. Aquele momento, pelo menos para mim, é muito renovador, porque às vezes sufoca, às vezes você faz um atendimento que, acho que todo mundo daqui já passou por isso, né? Que esgota, suga as suas energias, você às vezes não tá legal e aí você tá com pouquinho (de energia) e aquele pouquinho você teve que dar e você tem que se reabastecer e esse movimento da equipe, que a gente tem assim, eu vejo que é muito potente, essa prática, o autocuidado consigo e do perceber de quando a gente de fato tá precisando (Participante fez um barulho de respiração profunda) dá esse up, respirar e depois voltar para o nosso trabalho... eu acho isso legal (TEC 1).

Hoje fizemos uma pausa para um lanche. Esse momento foi oportuno para que pudéssemos refletir sobre campo, dar uma pausa, respirar e repor as energias (OBS ECR gama).

7. DISCUSSÃO

O CnaR é um dispositivo de produção de saúde e sua dinâmica de trabalho acontece junto à PSR, valorizando o acolhimento e a construção de vínculos (TIMÓTEO *et al.* 2020). Cabe, aos profissionais prestar atenção integral à saúde em um contexto diferenciado e dinâmico que desafia cotidianamente (CARDOSO *et al.*, 2018), uma vez que as eCR estão inseridas em um campo de atuação bastante complexo e permeado por múltiplas relações de vulnerabilização (ALVES *et al.*, 2021). Nesse ínterim, estas equipes são fundamentais para a mitigação das iniquidades em saúde e, conseqüentemente, na consolidação prática do direito constitucional à saúde, bem como aos princípios doutrinários do SUS, como a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

Este serviço representa um grande marco na referência do cuidado já que objetiva viabilizar o acolhimento e acesso às ações de saúde no contexto de vida dessa população. De acordo com Silva *et al.* (2020), no cenário da rua, o conceito de segurança do cuidado torna-se ainda mais complexo pois o foco do cuidado deve ser centrado não apenas na pessoa em situação de rua, mas na sua trajetória de vida, incluindo família e comunidade.

A primeira categoria temática apresentou os significados atribuídos pelos profissionais do CnaR acerca do cuidado seguro, que, em sua maioria, manifestaram significados relacionados ao uso de tecnologias leves de cuidado como o vínculo, acolhimento e empatia. Segundo Alencar *et al.* (2021), a empatia e a disposição do trabalhador, bem como sua ética e respeito da situação, são maneiras de estabelecer vínculos a fim de promover a continuidade do cuidado seguro, deste modo, favorece a redução de danos e riscos ao usuário. Estudo sobre a percepção de enfermeiros da ESF apontou para a importância do vínculo e da confiança como fatores que contribuem para evitar riscos à segurança do cuidado (MELO *et al.*, 2018). De

acordo com Mesquita *et al.* (2020), proporcionar e receber cuidados de saúde deve ser um ato de parceria e confiança entre os pacientes e profissionais da saúde.

Algumas concepções dos profissionais apontaram que a segurança do cuidado está associada à realização de procedimentos e consideraram a própria segurança do profissional como parte da segurança do usuário. Tal fato corrobora com o estudo de Silva *et al.* (2019) em que uma concepção mais ampla de segurança do paciente também emergiu nos depoimentos, relacionada não somente aos cuidados com procedimentos técnicos, mas também à postura acolhedora e resolutiva. Dos depoimentos emergiram também significados sobre o cuidado seguro estar relacionado a um cuidado que minimiza riscos, bem como evita erros e danos. Melo *et al.* (2018) destacam que para uma sólida cultura de segurança, é imprescindível reconhecer a inevitabilidade de erros ocorrerem e há uma necessidade de eliminá-los ou diminuí-los.

A segunda categoria trouxe elementos que são compreendidos como desafios para a segurança do cuidado encontrados no cotidiano da rua. Foram elencadas dificuldades associadas à atuação profissional junto às PSR. Torna-se importante ressaltar aqui que um dos objetivos estratégicos do PNSP é fomentar a discussão sobre a segurança do cuidado no ensino técnico, de graduação e pós-graduação nos cursos da área da saúde (BRASIL, 2013). No entanto, apesar de existir recomendação legal para a inserção nos currículos, a implementação tem se mostrado falha (SILVA *et al.*, 2022). Foram apontadas ainda desafios relacionados às singularidades encontradas no contexto da rua.

Silva *et al.* (2020) afirmam que no espaço das ruas, existem evidências de que seus moradores sofrem danos com a falta de acesso aos serviços de saúde, especialmente nos modelos de APS. Além disso, adicionam-se as fragilidades assistenciais pela ausência de recursos e de profissionais necessários para efetivação da saúde nas ruas, além da ausência de suporte familiar, o que impacta diretamente a saúde e a qualidade de vida. Sob outro enfoque a respeito das singularidades, os profissionais afirmaram dificuldades para a lavagem das mãos. Estudo conduzido por Silva *et al.* (2019) mostrou que após as observações realizadas, a prática da higienização das mãos no cotidiano das enfermeiras apresentou algumas fragilidades, pois, em muitos casos, a técnica esteve mais voltada para a segurança do profissional, uma vez que, de modo geral, a lavagem das mãos foi realizada após os procedimentos.

Outro desafio apontado pelos profissionais diz respeito ao ambiente em que as PSR vivem. A realidade das condições de vida dessas pessoas evidencia danos, com impacto cumulativo ao longo do tempo, uma vez que as vias de acesso aos serviços de saúde por essa população são majoritariamente emergenciais, após longos processos de adoecimento.

Ademais, questões relacionadas à precariedade da infraestrutura foram colocadas como dificuldades para o cuidado seguro. A prestação do cuidado à saúde com qualidade depende de uma complexidade de fatores estruturais, de processos assistenciais e comportamentais que, quando não contemplados, distanciam o cuidado ideal daquele prestado no mundo real, favorecendo a presença do evento adverso (SILVA *et al.*, 2020).

Apesar das dificuldades apresentadas pelos profissionais, estratégias para o cuidado com segurança puderam ser evidenciadas. Dentre elas, o planejamento de ações foi a principal. Segundo Silva *et al.* (2022), os serviços de saúde precisam ser organizados com processos de trabalho bem definidos de maneira a atuar como barreira para a ocorrência de incidentes. Estudo de representações sociais da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde da APS despontou que a compreensão de segurança está ancorada na organização e dinâmica do seu processo de trabalho, mediante subsídios e estratégias (ALENCAR *et al.*, 2021).

Outra estratégia para o cuidado seguro mencionada por alguns profissionais foi o compartilhamento do cuidado e de tarefas, bem como a comunicação entre os profissionais. O estudo de Melo *et al.* (2018) apontou que as enfermeiras da ESF salientaram a importância da comunicação na relação com os pacientes e nas reuniões de equipe como uma estratégia para lidar com a questão da segurança. Afirmaram ainda que a comunicação também se dá nas reuniões da equipe. Nessa ocasião, são relatados casos de pacientes vulneráveis, visando à solução ou à minimização de seus problemas, é a partir dessas reuniões que a equipe elege as prioridades a serem trabalhadas. Segundo Silva *et al.* (2019), para se oferecer um cuidado seguro e com qualidade é necessário articular responsabilidades relacionadas à gestão e aos profissionais com as orientações e evidências já disponíveis em relação às normas, às técnicas e aos estudos realizados sobre o cuidado seguro.

Mesquita *et al.* (2020) colocam que um dos fatores contribuintes na garantia da segurança do cuidado é a comunicação com os usuários, uma vez que potencializa a sua participação no processo de autocuidado. Partindo-se do princípio de que a saúde é intersetorial, a segurança do paciente que vive nas ruas não é apenas responsabilidade do setor da saúde, tendo em vista que a falta de oportunidades, de moradia, trabalho e renda impactam diretamente a vida dessas pessoas, fazendo com que elas busquem a rua como meio de sobrevivência (SILVA *et al.*, 2020). De acordo com Silva *et al.* (2019), para que o cuidado seguro se estabeleça neste contexto, são necessárias estratégias que estejam em consonância com as necessidades de saúde individuais e coletivas. E nesse contexto, é indispensável que ocorra uma distribuição de saberes, de aprendizados intersetorial e de um gerenciamento do cuidado em redes, vislumbrando um cuidado multidimensional.

Alguns participantes evidenciaram a organização dos medicamentos como uma estratégia de cuidado seguro. Tal concepção é corroborada pelo estudo de Melo *et al.* (2018) em que eles afirmam que os processos de medicações não foram observados corretamente, acarretarão em erros nos serviços de saúde, com sérias consequências para os pacientes, para as instituições de saúde e para a sociedade. O cuidado na abordagem e o acolhimento foram mencionadas como estratégias para o cuidado seguro. Tal concepção é corroborada no estudo de Silva *et al.* (2019) em que uma estratégia para a melhoria do cuidado proposta pelas enfermeiras está pautada na forma de acolhimento, do usuário se sentir seguro e acolhido no local de atendimento.

Silva *et al.* (2022) ponderam que a segurança do paciente é um tema amplamente discutido no cenário brasileiro, por meio dos programas e das normativas do MS. Todavia, os profissionais de saúde também devem buscar o conhecimento e a implementação das medidas de segurança nos ambientes de trabalho. A segurança da pessoa que vive nas ruas constitui um desafio que requer reflexão sobre o nível ideal e real de cuidados, adaptação e resposta às necessidades específicas dessa população (SILVA *et al.*, 2020). De acordo com Alencar *et al.* (2021), os profissionais de saúde devem seguir as normatizações recomendadas pela OMS e pelo MS no intuito de garantir a segurança do paciente. Para oferecer um cuidado seguro e com qualidade é necessário articular responsabilidades relacionadas à gestão e aos profissionais com as orientações e evidências já disponíveis em relação às normas, às técnicas e aos estudos realizados sobre o cuidado seguro (SILVA *et al.*, 2019).

A principal estratégia para promover a segurança do paciente e suas implicações é que o profissional tenha conhecimento do seu significado e objetivos, para uma melhoria diária no seu desenvolvimento (ALENCAR *et al.*, 2021). Segundo Silva *et al.* (2022), um dos instrumentos necessários para se avançar com a segurança do paciente na APS é a educação em serviço, que pode sensibilizar os profissionais de saúde, na implementação de ações de segurança no ambiente de trabalho. Os participantes do estudo de Melo *et al.* (2018) sugeriram que o tema segurança do paciente fosse mais abordado com as equipes, visando à melhoria do atendimento e destacaram a educação permanente como componente essencial para o aperfeiçoamento nos cuidados de saúde prestados. Acredita-se que a educação permanente permite o compartilhamento de experiências diárias dos trabalhadores e é capaz de contribuir para a redução de erros (SILVA *et al.*, 2022).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou a compreensão da temática do cuidado seguro sob a ótica dos profissionais do CnaR. Os resultados revelaram que as concepções e práticas destes profissionais foram relacionadas ao uso de tecnologias leves de cuidado como o vínculo, acolhimento e empatia. Ademais, elencaram que a segurança do cuidado está associada não somente à realização de procedimentos, mas também consideraram a segurança pessoal como parte da segurança do usuário. Algumas falas evidenciaram concepções relacionadas a um cuidado que minimiza riscos, bem como evita erros e danos.

Os desafios para a segurança do cuidado no contexto da rua são muitos. Os participantes apontaram dificuldades associadas à atuação profissional junto às PSR, bem como desafios relacionados às singularidades encontradas neste contexto. Também emergiram dos depoimentos problemas na articulação e acolhimento de usuários por parte de outros serviços que prestam assistência e cuidado à esta população. Este estudo identificou que a lavagem das mãos no contexto da rua é algo complexo e incipiente e que os profissionais realizam a higienização com álcool em gel ou líquido a 70%. Questões relacionadas à infraestrutura das salas onde as equipes estão lotadas foram elencadas como dificuldades encontradas para o cuidado seguro. Por fim, as dificuldades dos usuários relacionadas ao cuidado de si, bem como o uso de substâncias e as constantes mudanças de território também foram sinalizadas.

Dentre as condutas e estratégias que os participantes consideraram importantes para um cuidado com segurança, o planejamento de ações foi a principal estratégia utilizada. Foram elencadas atividades intituladas pré-campo, pós-campo, reunião semanal de equipe e cronograma semanal de atividades. No entanto, os dados da observação mostraram que nem sempre os profissionais conseguem dar conta destas atividades. Outras atividades potentes para garantir o cuidado seguro foram mencionadas, dentre elas, o compartilhamento do cuidado e de tarefas, bem como a comunicação entre os profissionais.

Com isso em mente, sugere-se aos gestores da APS, a implementação de ações importantes para melhorar e qualificar o cuidado seguro às PSR e, consequentemente, reduzir a ocorrência de incidentes. Como exemplo, destacam-se atividades de educação permanente em serviço e de educação continuada sobre a segurança do cuidado. Acredita-se que este estudo possa instigar reflexões futuras para o desenvolvimento de novas pesquisas no contexto do cuidado seguro na APS. Além disso, as implicações para a prática podem ser percebidas no sentido de fortalecer a sensibilização para o tema do cuidado seguro na APS por parte dos profissionais da saúde, usuários, gestores, formuladores de políticas, educadores e

pesquisadores. Por fim, acredita-se que o estímulo à segurança entre esses sujeitos será um fator potencializador de estratégias que visem a melhoria da qualidade e a redução de incidentes.

9. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Tatiane Lima *et al.* Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-15, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190622>.

BACKES, Dirce Stein *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1377, de 09 de julho de 2013.** Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013.** Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União. Brasília, 2013b.

BRASIL. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União** [periódico na internet], Brasília (DF), 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [periódico na internet], Brasília (DF), 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2014a. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Brasília, 2014b. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2017b.

DE BRUYNE, Paul; HERMAN, Jacques; DE SCHOUTHEETE, Marc. **Dinâmica das pesquisas em ciências sociais.** 3ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

FALKEMBACH, Elza. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e Educação.** v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.

GRABOIS, Victor; ROSA, Mário Borges. Aprendendo com a sabedoria da linha de frente do cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, n. , p. 1-2, 2019. <Http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180487>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACEDO, Lilian Louzada *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-16, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVÃO, Ana Luiza Braz. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194214>.

MEDEIROS, Suzane Gomes de; VIRGÍLIO, Lilian de Andrade; SANTOS, Viviane Eusébia. Segurança do paciente na Atenção Primária: uma scoping review. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, p. 423-439, Abr. 2019.

MESQUITA, Karina Oliveira de *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016.

MILLES, MB; HUBERMAN, MA. **Qualitative data analysis: a source book of new methods**. Londres (UK): Sage Publications; 1984.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud colectiva**, v. 6, n.2, p. 251-261, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. IN: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 3ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ed. São Paulo: Huciteq, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

PAI, Sandra dal *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 1-12, 30 abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>.

RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; MATSUDA, Laura Misue. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 53, p. 42, 16 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000788>.

RAIMONDI, Daiane Cortêz *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 1-9, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al . O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 779-786, Dec. 2008

RICHARDSON RJ. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, Amarílis Pagel Floriano da *et al.* Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, n. esp, p. 1-9, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>.

SILVA, Felicialle Pereira da *et al.* Patient safety: within the reach of the homeless?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 5, p. 1-4, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0114>.

SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1-8, 2022. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>.

SOUZA, Lucas Mello *et al.* Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. **J. Nurs. Health**, v. 8, n. 2, p. 1-16, 2018.

SOUZA, Marina Mazzuco de *et al.* Patient safety culture in the Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 27-34, fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>.

TIMM, Márcia; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 26-37, fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.

TIMÓTEO, Aryanna Vanessa Gomes *et al.* Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, jun. 2020. Nov. 2020. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2757>.

TONG, Alisson; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, dez. 2007.

VICENT, Charles; ALMABERT, Rene. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano no cuidado**. Proqualis, ICICT, Fiocruz: Rio de Janeiro, 2016.

APÊNDICE A - Quadros de caracterização dos participantes, roteiro da observação participante e roteiro do grupo focal.

Quadro 1- Caracterização dos participantes da pesquisa

Questionário para caracterização dos participantes	
Grupo Focal:	Data da realização:

Idade:	Estado civil:
Sexo:	Possui filhos:
Ocupação profissional:	Tempo de trabalho na equipe:
Tempo de formação profissional:	Possui pós-graduação? Se sim, qual (is):

Quadro 2- Roteiro da observação participante

SEÇÕES	ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS
Segurança do Paciente e Qualidade	Acesso ao cuidado Identificação do paciente Prontuários/Registros Equipamentos Medicamentos Diagnósticos Testes
Trocas de informações sobre outras instituições	Comunicação intersetorial
Trabalhando neste serviço de saúde	Organização do processo de trabalho
Comunicação e acompanhamento	Comunicação interpessoal e acompanhamento longitudinal
Barreiras e oportunidades para o cuidado seguro	Limites e fragilidades Oportunidades e potencialidades
Riscos, erros e eventos adversos relacionados à assistência	Riscos Erros Eventos adversos

Incorporação de práticas seguras baseadas em evidência	Práticas baseadas em evidência
Incorporação de POP / normas / Protocolo de Segurança do Paciente	Procedimento Operacional Padrão Normas Protocolos

Fonte: Elaboração própria com base em Timm e Rodrigues (2016) e Silva *et al.* (2019).

QUADRO 3- Roteiro de perguntas para o Grupo Focal

CUIDADO SEGURO	
1	Para você o que é o Cuidado Seguro?
2	Você acha que em sua prática você faz um cuidado seguro? Porque?
3	Você se sentiria seguro se fosse atendido por algum profissional da equipe do Consultório na Rua?
4	Você acredita que o cuidado realizado por vocês pode oferecer riscos às pessoas em situação de rua? Porque?
5	Durante a assistência que vocês realizam às pessoas em situação de rua, quais práticas que vocês consideram/identificam como potenciais causadoras de riscos?
6	O que vocês compreendem por dano e erro?
7	Você já presenciou ou cometeu algum erro durante os cuidados a população em situação de rua? Gostaria de comentar?
8	Quais são os possíveis erros que você, enquanto profissional de saúde, poderia cometer no cuidado à pessoa em situação de rua?
9	Quais os possíveis danos que você, enquanto profissional de saúde, poderia cometer no cuidado à pessoa em situação de rua?
10	Você já ouviu falar sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente? Se sim, o

	que?
11	No dia a dia dos seus cuidados/assistência, você segue algum protocolo, Procedimento Operacional Padrão, norma, guideline? Se sim, quais? E dentre esses algum específico sobre Segurança do Paciente?
12	Quais os aspectos positivos e negativos de seguir um protocolo, programa, Procedimento Operacional Padrão, norma ou guideline?
13	Quais estratégias você ou sua equipe colocam em prática para que o cuidado à pessoa em situação de rua seja seguro?
14	Você conseguiria pontuar barreiras, fragilidades e/ou dificuldades para que o cuidado à pessoa em situação de rua possa acontecer de modo seguro?
15	Você e sua equipe conseguem envolver a pessoa em situação de rua nos cuidados/assistência? Se sim, como faz?
16	Na sua prática, você envolve as pessoas em situação de rua para garantir mais segurança no seu cuidado? Se sim, de que modo?

Fonte: Elaboração própria com base em Silva *et al.* (2022), Alencar *et al.* (2021), Mesquita *et al.* (2020), Silva *et al.* (2019) e Melo *et al.* (2018).

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.).

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o conhecimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DO CUIDADO SEGURO”**. A

pesquisa está sob responsabilidade dos pesquisadores: Nemório Rodrigues Alves, mestrando em enfermagem pela Escola de Enfermagem (EENF-UFAL) orientado pela docente Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate (EENF/UFAL). A seguir estão as informações da pesquisa com relação a sua participação.

1. O estudo se destina a compreender as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro.

2. A importância deste estudo consiste na compreensão de quais concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua que estão amparadas no cuidado seguro à pessoa em situação de rua e assim contribuir com a qualidade do cuidado prestado.

3. Os resultados que se desejam alcançar são: Espera-se que esta pesquisa possa suscitar reflexões acerca do cuidado seguro e das práticas de Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Além disso, serão fomentadas ações de Educação Permanente em Saúde com promoção de práticas de problematização do processo de trabalho em consideração à melhoria da qualidade dos serviços e ações que são ofertadas. Ademais, aspira-se que os profissionais possam construir conhecimentos e estratégias para mitigação de riscos e danos relacionados à assistência.

4. A coleta de dados acontecerá da seguinte forma: Como técnicas para a coleta de dados, serão utilizadas a observação participante do tipo observador-como-participante e o grupo focal. A observação participante acontecerá por meio da ida ao campo de prática dos profissionais. Cada equipe do Consultório na Rua será visitada durante 3 turnos de 6 horas. O roteiro para observação participante foi construído com base no instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para a Atenção Primária”. Os dados da observação serão registrados no diário de campo. Os grupos focais (GF) serão realizados conforme as etapas que se seguem: 1) abertura de sessão e apresentação dos participantes entre si, bem como os esclarecimentos dos objetivos e regras da pesquisa 2) Seguindo dos esclarecimento sobre a dinâmica de discussões grupais que será um debate livre de ideias e opiniões sobre o tema, sem prejuízo a nenhum participante sobre a sua fala ou ponto de vista, 3) estabelecimento do setting grupal, 4) debate propriamente dito onde todos irão falar, reformular e, até mesmo, chegar a novas ideias e concepções através da discussão em grupo 5) síntese dos momentos anteriores e 6) encerramento da sessão. O setting grupal compreenderá um conjunto de procedimentos pactuados no grupo para organizar e possibilitar o processo grupal quanto a: horário dos encontros, pontualidade, assiduidade, saídas antecipadas, respeito às ideias, opiniões, valores e crenças dos participantes, caráter confidencial das discussões, dentre outros, conforme indicado por Dall'Agnol e Trench (1999). Os registros dos grupos focais serão feitos através da gravação de áudio em mp3 dos momentos de diálogo. A descrição dos resultados constará de transcrição das informações coletadas com registros das falas na íntegra ordenadas mediante narração e discussão. Os dados coletados serão analisados a partir do referencial teórico hermenêutico-dialético proposto por Habermas, Gadamer e Minayo. Os resultados serão discutidos com base nos referenciais encontrados na literatura que versam sobre a temática.

5. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: Possíveis constrangimentos ao expor seus conhecimentos prévios, concepções e vivências pessoais; incômodo ao falar de situações confidenciais, cansaço e preocupação com o tempo despendido durante a coleta de dados durante o período de trabalho.

6. Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: para minimizar os desconfortos citados no item 5, a pesquisa contará com o apoio da coordenadora das equipes do Consultório na Rua, no que se refere a escolha do melhor dia e horário para acontecer a coleta de dados, de modo que a interferência na dinâmica do trabalho laboral, seja mínima. Todo material coletado será arquivado em um HD externo de uso exclusivo dos pesquisadores. Havendo o cansaço e o tédio será proposto ao grupo novo dia e horário para a continuidade da coleta. Antes de iniciar a coleta dos dados, será acordado um tempo limite para o desenvolvimento da atividade.

7. Você poderá contar com a seguinte assistência: diante de algum desconforto inesperado, os pesquisadores suspenderão a observação participante ou o grupo focal e darão apoio emocional, podendo remarcar para outra data, se assim você concordar. Acredita-se que você se sentirá confortável para compartilhar suas concepções e práticas, uma vez que os momentos serão previamente acordados com você. Sendo os responsáveis principais os pesquisadores Profa. Dra. Patricia de Carvalho Nagliate e o Enfo. Esp. Nemório Rodrigues Alves. Ainda, tem-se o apoio da área técnica do Consultório na Rua de Maceió e da Secretaria Municipal de Saúde que darão ciência e concordarão com a realização desta pesquisa no setor. Se caso seja identificado qualquer alteração no estado da saúde físico e/ou mental do participante esse será encaminhado aos serviços oferecidos pela rede de atenção do município em parceria com a universidade: serviço de atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) / Instituto de Psicologia do Campus A. C. Simões ou a Unidade Docente Assistencial Prof. Gilberto de Macedo (UDA) - UFAL.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não lhe atinja diretamente, são: Esta pesquisa contará com benefícios diretos, indiretos, imediatos e posteriores. Trará contribuições para os profissionais do Consultório na Rua no tocante à possibilidade de refletir acerca do cuidado seguro e das práticas de Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Consequentemente, a População em Situação de Rua que recebe os cuidados das equipes será beneficiada, uma vez que os profissionais terão mais conhecimento e habilidade no tocante a estratégias para mitigação de riscos e danos relacionados à assistência. Ademais, serão fomentadas ações de Educação Permanente em Saúde com promoção de práticas de problematização do processo de trabalho tendo em consideração a melhoria da qualidade dos serviços e ações que são ofertados.

9. Você será informado(a) do resultado final do projeto: por meio digital de sua escolha (E-mail, WhatsApp, outros) e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

10. Você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo pessoal e/ou profissional.

11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa. Reforçamos que será garantido o sigilo e anonimato a todos os participantes, sendo que os mesmos serão identificados pela primeira letra da ocupação a que pertence na equipe de saúde. Exemplo: E1: Enfermeiro(a) 1; T1: Técnico de enfermagem 1; AS1: Agente Social 1; e assim sucessivamente. Caso seja necessário expor sua participação, essa apenas ocorrerá mediante sua autorização prévia. A divulgação dos resultados da pesquisa só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto preservando a todo instante seu anonimato.

12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

13. Você será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa, desde que comprovado por meio de nexo-causal.

14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os responsáveis pela pesquisa.

15. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone (82) 3214-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares).

Eu....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no

mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N
 Complemento: Tabuleiro do Martins
 Cidade/CEP: Maceió/AL. 57075-470.
 Telefone: (82) 3214-1155
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem
 Telefone para contato de urgência/WhatsApp Profa. Patrícia: (82) 99999-1955
 Email: patricia.nagiate@eenf.ufal.br
 Telefone para contato de urgência/WhatsApp Enfo. Nemório: (82) 99932-4946
 Email: nemorio_rodrigues@hotmail.com

Contato de urgência do (a) participante:

Sr(a).
 Endereço:
 Complemento:
 Cidade/CEP:
 Telefone:
 Ponto de referência:

Endereço da equipe da pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Campus A.C. Simões
 Complemento: Tabuleiro do Martins
 Cidade/CEP: Maceió -AL / 57072-970
 Telefone: (82) 3214-1171
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem - EENF/UFAL

Contato de urgência:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Campus A.C. Simões
 Complemento: Tabuleiro do Martins
 Cidade/CEP: Maceió -AL / 57072-970
 Telefone: (82) 3214-1171
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem - EENF/UFAL

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário, térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: (82) 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de 2022.

Participante voluntári(o,a)*	Patricia de Carvalho Nagliate* Coordenadora da Pesquisa	Nemório Rodrigues Alves* Pesquisador

*Rubricar as demais folhas

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DO CUIDADO SEGURO

Pesquisador: Patrícia de Carvalho Nagliate

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57045722.5.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.501.153

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa propõe como objeto as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro e a questão norteadora que o conduzirá é "Quais são as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro?"

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dentre os riscos, considerados mínimos, identificam-se possíveis constrangimentos ao expor seus conhecimentos prévios, concepções e vivências pessoais; divulgação de dados confidenciais e/ou imagens ou vozes dos participantes; e o tempo despendido durante a coleta de dados.

Dentre os benefícios estes Trarão contribuições para os profissionais do CnaR no tocante à possibilidade de refletir acerca do cuidado seguro e das práticas de SP no âmbito da APS. Consequentemente, a

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, compreensiva, exploratória e descritiva de abordagem hermenêutica-dialética. A finalidade da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.501.153

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.501.153

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 30 de Junho de 2022

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO B - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.



MUNICÍPIO DE
MACEIÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Dias Cabral, nº 569, CEP 57020-250, Centro, Maceió - AL
Tel. 3312-5400, CNPJ 00.204.125/0001-33

Processo	5800.92668.2021	Data de abertura	11/11/2021
Interessado	NEMORIO RODRIGUES ALVES		
Assunto	AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA		
Local de origem	SMS / COORDENACAO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS		
Local de destino	SMS / GABINETE DO SECRETÁRIO - APOIO		

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA – MINUTA 63 Gabinete da Secretária Municipal de Saúde em 06.12.2021

- Autoriza-se **Nemorio Rodrigues Alves** a realizar a pesquisa intitulada: “Concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro” da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.
- A pesquisa será realizada junto ao Programa Consultório na Rua de Maceió.
- Coordenação Geral de Atenção Primária se posiciona favorável a realização da referida pesquisa, considerando a contribuição na área de Saúde Pública e ressalta que a concretização deste projeto de pesquisa se dará após análise e liberação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O Consultório na Rua também considera a referida pesquisa relevante, dando o parecer favorável à sua realização. E solicita o retorno do pesquisador responsável, antes do início da pesquisa, a fim de que sejam realizados alguns alinhamentos e esclarecimento quanto à metodologia proposta, junto à área técnica do Consultório na Rua. Conforme contam nos Despachos às fls 34 e 35.

CÉLIA MARIA RODRIGUES DE LIMA DIAS FERNANDES
Secretária Municipal de Saúde

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho
Assinatura do Pesquisador (a)