

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 22/02/2026.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Ângela Domingues dos Santos

**Arco de Maguerez: problematizando acerca das
estratégias que potencializam as atividades de trabalho
realizadas por uma equipe de Consultório na Rua**

**BOTUCATU
2024**

Ângela Domingues dos Santos

Arco de Maguerez: problematizando acerca das estratégias
que potencializam as atividades de trabalho realizadas por
uma equipe de Consultório na Rua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar

Coorientador: Prof. Dr. Lucas Cardoso dos Santos

**BOTUCATU
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Santos, Ângela Domingues dos.

Arco de Maguerez : problematizando acerca das estratégias que potencializam as atividades de trabalho realizadas por uma equipe de consultório na rua / Ângela Domingues dos Santos. - Botucatu, 2024

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Rúbia de Aguiar Alencar

Coorientador: Lucas Cardoso dos Santos

Capes: 40406008

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Fluxo de trabalho. 3. Política de saúde. 4. Pessoas desabrigadas.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional; Fluxo de trabalho; Política de saúde; População em situação de rua.

Ângela Domingues dos Santos

Arco de Maguerez: problematizando acerca das estratégias
que potencializam as atividades de trabalho realizadas por uma
equipe de Consultório na Rua

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar

Coorientador: Prof. Dr. Lucas Cardoso dos Santos

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a) Rúbia de Aguiar Alencar
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Juliane Andrade
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Simone Teresinha Protti Zanatta
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa ao meu amado pai, Roberto Luís dos Santos (*in memoriam*), que nos deixou tão sorrateiramente há pouco tempo, mas que fez tanto, e tudo por mim ao longo de sua vida, me deixando o verdadeiro exemplo de honradez e comprometimento com o trabalho. Levou consigo parte de mim, e da minha alegria de viver. Dedico a minha amada mãe, Elza Domingues dos Santos, que tanto fez por mim e que ainda faz tão generosamente, meu exemplo de persistência e garra nos momentos de fraqueza, minha constante inspiração. Agradeço a Deus por permitir que eu nascesse nos braços de pais tão maravilhosos. Por vocês cheguei até aqui. Dedico ao meu esposo Carlos Eduardo dos Santos e ao meu filho Giovanni Domingues dos Santos, por toda paciência, companheirismo e afeto em todo o tempo. Me dão força para continuar na caminhada da vida e enchem de orgulho o meu coração.

Lhes dedico com todo o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar e ao meu coorientador Prof. Dr. Lucas Cardoso dos Santos pela paciência, dedicação, auxílio e norteamento em todos os momentos.

Agradeço aos meus companheiros de batalha da Equipe Consultório na Rua do Município de Bauru: Adele, Ana Cristina, João, Leide, Mônica, Tariane e Valdir.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Bauru por possibilitar que todos os dias eu exerça o meu dom, a minha vocação, e por viabilizar a realização da minha pesquisa.

Agradeço à Deus por estar em minha vida.

Agradecimento ao Conselho Federal de Enfermagem pelo apoio financeiro.

Esta pesquisa se vincula ao projeto "Tecnologias de apoio à SAE e gestão e contribuições do mestrado profissional para a região centro-sul paulista: segunda etapa do projeto CAPES/COFEN", contemplada no Edital nº 28/2019 – Acordo CAPES/COFEN - Programa de Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”

Carl G. Jung

APRESENTAÇÃO

Dentre as razões que me motivaram a almejar cursar o mestrado profissional, ressalto o crescimento pessoal e o desejo de galgar um degrau a mais em minha formação, considerando que já havia cursado três especializações e, após 15 anos de carreira, aspirava expandir meus conhecimentos e também poder contribuir com o processo de trabalho no qual estava inserida.

Em minha experiência profissional como enfermeira, trabalhei nas áreas de Urgência e Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Médica, Central de Materiais e Esterilização, Cardiologia, Radiodiagnóstico, e Ambulatório de Especialidades Diversas, incluindo experiência como Supervisora da unidade de Urgência e Emergência do Hospital Estadual de Bauru.

Atualmente, trabalho na equipe de Consultório na Rua da Prefeitura Municipal de Bauru, e atuei durante aproximadamente um ano neste mesmo serviço como preceptora das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde/Interprofissionalidade da Unesp Bauru. Essa atividade, em conjunto com os docentes da Unesp e seu corpo discente, foi outra razão que me motivou a retornar ao ambiente acadêmico, em particular, numa universidade pública de renome e de grande porte.

Dessa forma, pretendo contribuir com minha experiência profissional e formação acadêmica no desenvolvimento de produtos e referências para fortalecer as atividades que desenvolvo atualmente no Consultório na Rua, visto que, tais atividades, são de relevância ímpar para a garantia de direitos básicos dos cidadãos e reinserção das pessoas em situação de rua na sociedade.

Santos, A. D. **Arco de Magueréz: problematizando acerca das estratégias que potencializam as atividades de trabalho realizadas por uma equipe de Consultório na Rua** [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2024.

RESUMO

Introdução: o Consultório na Rua surgiu de uma necessidade frente à grande população em situação de rua, com objetivo de ampliar o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde, oferecendo de modo mais oportuno atenção integral à saúde para esse grupo populacional. No município de Bauru, o Consultório na Rua é um serviço relativamente novo, que foi implantado no mês de fevereiro de 2018 e que ainda não é conhecido nem reconhecido por grande parte dos profissionais de saúde do município que compõem os equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e pela população em geral. Diante da escassez na literatura referente às práticas de atendimento pelas equipes de Consultório na Rua, torna-se fundamental potencializar e divulgar os trabalhos desenvolvidos por essas equipes, tanto entre os serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde quanto à população geral.

Objetivos: elaborar estratégias para aprimorar a realidade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua a partir da problematização apoiada no Arco de Magueréz.

Método: estudo descritivo, de natureza participativa, que utilizou a problematização fundamentada no Arco de Charles Magueréz. Participaram da pesquisa todos os profissionais com atuação na equipe de Consultório na Rua do Município de Bauru/São Paulo. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2022 e junho de 2023, por meio do levantamento de características sociodemográficas e clínicas dos usuários em acompanhamento no serviço, bem como das atividades realizadas e de Oficina de Trabalho com utilização da problematização fundamentada no Arco de Charles Magueréz, composto por cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. A escolha pela problematização, como Referencial Teórico norteou o planejamento e execução da oficina de trabalho, direcionada a identificar a realidade de trabalho da equipe de Consultório na Rua e a constituir um espaço educativo, de reflexão e integração teórico-prática no exercício do processo de trabalho de saúde. Os dados quantitativos foram organizados em planilhas confeccionadas no Software Excel com análise descritiva. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: a equipe do Consultório na Rua é composta por sete profissionais que realizam atendimentos em vias públicas, praças, albergues e instituições do município de Bauru, contemplando 1113 pacientes cadastrados, desde o início das atividades do serviço, com 469 prontuários ativos de pacientes em sua grande maioria do sexo masculino (77%), faixa etária entre 31 e 40 anos, em uso de tabaco (71%), álcool (24%), entre outras drogas (29%). Dentre as atividades realizadas pela equipe, destacam-se as ações de educação em saúde, atendimentos no território, aplicação de medicação, coleta de exames e consultas; sendo que no ano de 2022 foram realizados 2233 atendimentos e realizados 2494 procedimentos, sobretudo realizados pela equipe de enfermagem. Na etapa da observação da realidade, foi levantada a falta de conhecimento sobre o trabalho, acesso limitado aos serviços da Rede de Atenção à Saúde, falta de mapeamento territorial, indisponibilidade de itens essenciais e ausência de protocolos de atendimento. Na etapa de pontos-chave, foi

revelada uma confusão e desconhecimento sobre o escopo do trabalho de uma equipe de Consultório na Rua, não foram identificados os efeitos de suas ações no cuidado às pessoas em situação de rua, as ações individuais são bem compreendidas, mas as atividades coletivas e intersetoriais são limitadas, destacando a necessidade de diálogo sobre os marcos teóricos e as possibilidades de práticas no Consultório na Rua. Na etapa de teorização, foi realizada análise científica das informações coletadas para contribuir para a solução do problema. Uma enfermeira experiente conduziu uma discussão intitulada "Consultório na Rua: marcos teóricos, conceituais e possibilidades de práticas", permitindo uma discussão ativa sobre o trabalho das equipes de Consultório na Rua. Na etapa de hipóteses de solução houve uma discussão crítica na busca de melhorar o atendimento aos pacientes, com desejo de mudar a rotina e implementar novas ações, como atividades coletivas de educação em saúde e aumentar a divulgação da equipe. A experiência na Oficina de Trabalho reforçou a união da equipe e a vontade de fazer a diferença, e como proposta a construção coletiva de um Plano de Ação. Na etapa de aplicação à realidade, foram construídos **dois produtos técnicos**: 1) Fluxograma de atendimento à pessoa em situação de rua no município de Bauru, com objetivo de ampliar a divulgação do papel da equipe do Consultório na Rua entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde. 2) Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua, apresentado no formato de quadro contendo 13 objetivos e 22 ações estratégicas. **Conclusão**: o processo de trabalho da equipe multiprofissional do Consultório na Rua difere de qualquer outro serviço existente na Rede de Atenção à Saúde, devido sua característica singular em cuidar do usuário no seu ambiente de permanência. A problematização realizada neste estudo por meio do Arco de Maguerez permitiu com êxito a reflexão entre os profissionais da equipe de Consultório na Rua de Bauru para o seu engajamento nessa singular atividade, bem como potencializar suas ações com a proposição de estratégias de atendimento. A capacitação, o planejamento, construção e aprimoramento de estratégias e do trabalho intersetorial para o atendimento dessa população devem ser continuados e permanentes.

Descritores: População em situação de Rua, Fluxo de Trabalho, Equipe Multiprofissional, Política de Saúde.

Santos, A. D. **Arco de Maguerez: problematizing about the strategies that enhance the work activities carried out by a team of Office in the Street** [dissertation]. Botucatu: São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2024.

ABSTRACT

Introduction: the Street Clinic arose from a need in the face of the large homeless population, in order to expand the access of these individuals to health services, offering more timely comprehensive health care for this population group. In the municipality of Bauru, the Street Clinic is a relatively new service, which was implemented in February 2018 and is not yet known or recognized by most of the health professionals in the municipality that make up the equipment of the Health Care Network and the general population. Given the scarcity in the literature regarding the care practices by the Street Clinic teams, it is essential to enhance and disseminate the work developed by these teams, both among the health services that make up the Health Care Network and the general population. **Objectives:** to develop strategies to improve the reality of work of a team of Office in the Street from the problematization supported by the Arch of Maguerez. **Method:** a descriptive study of participatory nature, which used the problematization based on the Arch of Charles Maguerez. The participants were all professionals working in the Office on the Street from the Municipality of Bauru/São Paulo. Data collection was performed between December 2022 and June 2023, through the survey of sociodemographic and clinical characteristics of users in follow-up in the service, as well as the activities carried out and the Workshop with the use of problematization based on the Arc of Charles Maguerez, composed of five stages: observation of reality, key points, theorization, hypotheses of solution and application to reality. The choice for problematization, as Theoretical Reference guided the planning and execution of the workshop, aimed at identifying the reality of work of the Office team on the street and to constitute an educational space, reflection and theoretical integration practice in the exercise of the health work process. The quantitative data were organized in spreadsheets made in Excel Software with descriptive analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the team of the Office in the Street is composed of seven professionals who perform care in public roads, squares, hostels and institutions of the municipality of Bauru, contemplating 1113 registered patients, since the beginning of the service activities, with 469 active medical records of patients in their vast majority of males (77%), aged between 31 and 40 years, in tobacco use (71%), alcohol (24%), among other drugs (29%). Among the activities carried out by the team, health education actions, assistance in the territory, application of medication, collection of exams and consultations stand out; and in 2022, 2233 consultations were provided and 2494 procedures were carried out, mainly carried out by the nursing team. In the observation stage of reality was raised the lack of knowledge about the work, limited access to Health Care Network services, lack of territorial mapping, unavailability of essential items and absence of service protocols. In the stage of key points was revealed a confusion and ignorance about the scope of work of a team of Office on the Street, were not identified the effects of their actions in the care of people in street situation, individual actions are well understood, but collective and intersectoral activities are limited, highlighting the need for dialogue on theoretical frameworks and

the possibilities of practices in the Office on the Street. In the theorization stage, a scientific analysis of the information collected was performed to contribute to the solution of the problem. An experienced nurse conducted a discussion entitled "Office on the Street: theoretical frameworks, conceptual and practical possibilities", allowing an active discussion about the work of the Office teams on the Street. In the hypotheses of solution stage there was a critical discussion in the search to improve patient care, with a desire to change the routine and implement new actions, such as collective health education activities and increase the dissemination of the team. The experience in the Workshop reinforced the union of the team and the will to make a difference, and as a proposal the collective construction of an Action Plan. In the stage of application to reality were built **two technical products**: 1) A flowchart of care to the person in street situation in the city of Bauru, in order to expand the role of the team of the Office on the Street among the services that make up the Health Care Network. 2) Action plan to enhance the activities developed by the team of Office on the Street, presented in the frame format containing 13 objectives and 22 strategic actions. **Conclusion**: the work process of the multiprofessional team of the Office on the Street differs from any other service existing in the Health Care Network, due to its unique characteristic in caring for the user in his environment of permanence. The problematization carried out in this study through the Arch of Maguerez successfully allowed the reflection among the professionals of the Office team in Bauru Street for their engagement in this singular activity, actions with the proposition of service strategies. Training, planning, construction and improvement of strategies and intersectoral work for the care of this population should be continued and permanent.

Descriptors: Homeless Persons, Workflow, Patient Care Team, Health Policy.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Esquema do Arco de Maguerez.....	34
Figura 2: Fluxograma de atendimento à pessoa em situação de rua no município de Bauru.....	61

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Procedimentos realizados pela equipe de Consultório na Rua entre os anos de 2019 a 2022, Bauru, SP, Brasil, 2023.49
- Tabela 2** – Número de atendimentos por profissional de nível superior, tipo e local de atendimento da Equipe de Consultório na Rua. Bauru, SP, Brasil, 2023.51
- Tabela 3** - Perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua acompanhadas pela Equipe de Consultório na Rua do Município de Bauru/SP no período de 19 de outubro de 2020 a 20 de março de 2023 (n = 469). Bauru, SP, Brasil, 2023.52
- Tabela 4** - Perfil de saúde das pessoas em situação de rua acompanhadas pela Equipe de Consultório na Rua do Município de Bauru (n = 469). Bauru, SP, Brasil, 2023.53

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Síntese do Arco de Maguerez utilizado pelos pesquisadores para o desenvolvimento da Oficina de Trabalho com a equipe do Consultório na Rua. Bauru, SP, Brasil, 2023.....40
- Quadro 2** - Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua. Bauru, SP, Brasil, 2023.....64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGAR	Ambulatório de Gestação de Alto Risco
APS	Atenção Primária � Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Código Brasileiro de Ocupa�es
Centro POP	Centro de Referência Especializado para Popula�o em Situa�o de Rua
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM	Centro de Referência da Mulher
CRMI	Centro de Referência em Moléstias Infecciosas
DUA	Departamento de Unidades Ambulatoriais
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate � Fome
MNPR	Movimento Nacional da Popula�o em Situa�o de Rua
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humaniza�o
PNPSR	Política Nacional para a Popula�o em Situa�o de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção � Saúde

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEBES	Secretaria do Bem-Estar Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVO	33
3. MÉTODO	34
3.1. Tipo de pesquisa.....	34
3.2. Fundamentação Teórica do Arco de Maguerez	34
3.3. Local de estudo.....	37
3.4. Participantes da pesquisa	38
3.5. Procedimentos de coleta dos dados	39
3.6 Aspectos éticos	41
4. RESULTADOS.....	42
4.1. Observação da realidade e definição de um problema.....	42
4.2. Pontos-chave	55
4.3. Teorização	56
4.4. Hipóteses de solução.....	56
4.5. Aplicação à realidade.....	58
4.6 Produção Técnica	59
4.6.1 Produto 1: Fluxograma de atendimento à pessoa em situação de rua no município de Bauru	59
4.6.2 Produto 2: Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua.....	62
5. DISCUSSÃO.....	68
6. CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética.....	88

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo propôs-se a elaborar estratégias para aprimorar a realidade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua a partir da problematização apoiada no Arco de Maguerez.

A população em situação de rua é definida como um coletivo que apresenta características afins como vínculos familiares fragilizados ou interrompidos, pobreza extrema, ausência de moradia convencional regular, com a utilização de áreas insalubres ou vias públicas como local de moradia, podendo ser de modo permanente ou temporário, além da utilização de serviços de acolhimento como abrigos e albergues para permanência provisória ou pernoite ^(1,2).

A circunstância de pessoas em situação de rua é um problema social e desafio global que afeta todos os países, independentemente de seu status econômico ou desenvolvimento. Embora esse cenário de pessoas em situação de rua seja mais visível em países em desenvolvimento, a falta de moradia e a pobreza extrema também são problemas em países ricos, que refletem desigualdades estruturais, falta de políticas de habitação adequadas e sistemas de apoio social insuficientes ⁽³⁻⁵⁾.

Nos Estados Unidos da América (EUA), de acordo com o Relatório Anual de Avaliação de Desabrigados, em uma única noite em janeiro de 2023, 653.104 pessoas foram registradas em situação de falta de moradia. Destas, cerca de seis em cada dez estavam em locais de abrigo, enquanto quatro em cada dez estavam em situação de rua, ou seja, em locais não destinados à habitação humana. O relatório indica que entre 2022 e 2023, o número de pessoas sem abrigo nos EUA aumentou 12%, o que se traduz em cerca de 70.650 pessoas a mais. As características

demográficas das pessoas são: 76% adultos com 25 anos ou mais (494.048 pessoas), 17% crianças menores de 18 anos (111.620 crianças), e 7% jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos (47.436 jovens adultos). Seis em cada dez pessoas eram homens e meninos (61%), 38% por cento eram mulheres e meninas e 1% identificado como transgênero ⁽⁶⁾.

De acordo com o relatório "*The Homelessness Monitor: England 2023*", o número de pessoas sem-teto na Inglaterra tem aumentado nos últimos anos. Em novembro de 2022 foram registradas 3.069 pessoas dormindo nas ruas, um aumento de 26% em relação ao ano anterior. Além disso, o relatório estima que o número de pessoas afetadas pelo "*homelessness core*" na Inglaterra, em 2022, foi de cerca de 242.000 pessoas, um aumento de 9% em relação a 2020 (221.000 pessoas), sendo 224.000 pessoas em 2018 e 206.000 pessoas em 2012 ⁽⁷⁾.

O conceito de "*homelessness core*" inclui pessoas que dormem nas ruas, em abrigos para pessoas sem-teto, refúgios e abrigos temporários inadequados, além de pessoas que dormem em sofás de amigos e familiares. As projeções indicam que o "*homelessness core*" em 2024 será 21% maior do que em 2020. O relatório também projeta que o número de pessoas afetadas pelo "*homelessness core*" continuará a aumentar no futuro, especialmente em Londres, aumentando em 37% acima dos níveis de 2020, para 303.000 até 2041 ⁽⁷⁾.

A maior pesquisa produzida no Brasil sobre o contexto nacional da população em situação de rua deu-se entre os anos de 2007 e 2008 e foi executada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Essa pesquisa, denominada Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, abordou cidadãos com mais de 18 anos de idade e contemplou 71 municípios

com população superior a 300 mil habitantes, sendo destes 23 capitais, dentre as quais a cidade de São Paulo e outras capitais como Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife não participaram pois haviam realizado recentemente pesquisa similar ^(2,8).

Considerando-se os dados dessa pesquisa e de outros estudos realizados nas capitais acima mencionadas, concluiu-se que havia mais de 50.000 pessoas em situação de rua no Brasil. Crianças e adolescentes não foram computados no estudo, e municípios com população inferior a 300 mil habitantes não foram objeto da pesquisa. Desse modo, acredita-se que esse número seja bem maior ^(2,8).

No que tange à realidade vivida em São Paulo, pode-se inferir que é onde se concentra a maior população de rua do Brasil. Estimou-se, no censo de 2015, que 15.905 pessoas vivem em situação de rua, onde 7.335 estão sem abrigo e 8.570 usufruem de centros de acolhida do município. Essa pesquisa evidenciou de maneira muito significativa essa problemática, e demonstrou ao governo brasileiro e à sociedade a urgência de tornar factíveis a criação, implementação e ampliação de políticas públicas ^(2,8).

Verificou-se, na abordagem envolvendo os 71 municípios, que 31.922 pessoas vivem em situação de rua, sendo 82% do sexo masculino, predominantemente, sendo essa população em sua maioria composta por negros com faixa etária entre 25 e 44 anos. Dessas pessoas, 15,7% pedem dinheiro para sobreviver; 70,9% informam que exercem atividade remunerada; e, em sua maioria, 79,6% realizam apenas uma refeição ao dia. Como principais motivos por estarem vivendo nessa realidade, foram mais comumente mencionados o alcoolismo, a dependência química (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,8%) ^(2,8).

Ressalta-se que a denominação população em situação de rua surgiu de modo mais presente no Brasil nos anos 1990, com a notoriedade das populações historicamente abandonadas, compostas por uma diversidade de situações que levam o indivíduo a ir para a rua e nela permanecer como estratégia de moradia. Assim, essa população é formada pelos trabalhadores informais, pelos oriundos do campo, pelos pobres urbanos, catadores de recicláveis e por todos aqueles que não conseguem se estabelecer formalmente nas cidades ⁽⁹⁾.

A situação de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua é agravada pelo rompimento com suas redes sociais e coletivos protetores como comunidades, famílias e com o mercado formal de trabalho. O rompimento desses laços sociais e afetivos resulta em sua desfiliação dessas redes protetivas e de apoio, onde deixam de pertencer ao sistema produtivo. Essa desfiliação geralmente está associada a rupturas familiares precoces, condições socioeconômicas e sociais desfavorecidas, ausência de rede familiar, violência doméstica, desemprego, falta de habitação a valores acessíveis, uso abusivo de substâncias psicoativas, problemas físicos e transtornos mentais ^(10,11).

Um fator determinante das condições socioeconômicas e sociais desfavorecidas da população é o reflexo do processo de abolição da escravatura sucedido durante a segunda metade do século XIX, com desafios significativos relacionados à integração socioeconômica e à superação das vulnerabilidades enfrentadas por esses indivíduos recém-libertados. Predominou o privilégio das raças dominantes, onde o negro era preterido e considerado pertencente a uma raça inferior e, assim, a mão-de-obra de origem europeia oriunda dos incentivados movimentos imigratórios era selecionada. Diante da priorização da força produtiva branca, os negros eram associados ao não-trabalho, à vagabundagem, sendo considerados

como a mais baixa classe trabalhadora, conseqüentemente acarretando exclusão seletiva e na marginalização social dessas pessoas ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

A ausência de políticas públicas efetivas para a integração dos ex-escravos na sociedade pós-abolição gerou um contingente de pessoas negras e mestiças livres privadas de oportunidades de ascensão econômica e social, sujeitas a exclusão seletiva e marginalização social que persistiram ao longo do tempo. Essa vulnerabilidade socioeconômica, herdada do período pós-abolição, ecoa até os dias atuais, refletindo-se na população em situação de rua e evidenciando a persistência de desafios históricos não superados. Compreender as interseções entre a abolição da escravatura, as vulnerabilidades socioeconômicas dos ex-escravos e a realidade das pessoas em situação de rua possibilita promover uma reflexão crítica sobre as heranças históricas que moldam as desigualdades presentes em nossa sociedade ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

A Constituição Federal de 1988 determina os princípios fundamentais pertinentes aos cidadãos, de acordo com os quais as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público. Dentre esses princípios, podemos citar a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde. Como forma de resguardá-los, ao Poder Público cabe a responsabilidade de zelar pela sua proteção e efetivação, que se concretizarão por meio de tais políticas, as quais deverão cumprir o estabelecido na Constituição ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

A Constituição Federal assegura o direito à saúde como direito fundamental e social do ser humano, onde estabelece que entes públicos e/ou privados garantam investimento e criação de ações públicas. Em seu artigo 196, o direito à saúde está instituído como direito de todos e dever do Estado ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ⁽¹⁶⁾.”

São também assegurados, por esse artigo, a instituição de políticas públicas e econômicas que garantam o cumprimento do direito à saúde a fim de reduzir o número de doenças graves, bem como assegurar o acesso universal, equânime e igualitário à saúde, a implementação de políticas preventivas e de recuperação ao direito à saúde. Cabe ao Estado a implementação de políticas sociais e econômicas para a garantia do direito à saúde, promovendo acesso universal para sua promoção, proteção e recuperação ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Conceitua-se políticas públicas como ações e programas desenvolvidos e assegurados pelo Poder Público com o intuito de garantir os direitos previstos na Constituição Federal inerentes aos cidadãos, a fim de promover o bem-estar da população ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

O direito à saúde está profundamente ligado ao Princípio Fundamental da Dignidade da Pessoa Humana. Tal princípio é premissa básica para a existência de outros direitos, permitindo que o ser humano viva em plenitude e em situação de bem-estar perante a sociedade, assegurando as necessidades vitais de cada indivíduo. Salienta-se que a proteção desses direitos fundamentais dos quais depende a dignidade, deve ser feita pelo Estado ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

A base institucional das Políticas Públicas em Saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado por meio da Lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990, que se fundamenta por princípios, diretrizes, objetivos e garantias que impulsionam a efetivação da saúde e asseguram sua proteção ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A Lei 8.080/90 trata das condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes, conhecida também como Lei Orgânica da Saúde. Essa lei especifica suas particularidades: os princípios e diretrizes; os objetivos e atribuições; a organização, direção e gestão; a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); recursos humanos; a participação complementar do sistema privado; financiamento e gestão financeira; e planejamento e orçamento ^(14,18,20).

Logo em seguida, foi promulgada a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Além disso, ela implementa os Conselhos de Saúde e atribui legitimidade às organizações de representação de governos municipais (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS) e estaduais (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS). Desse modo, estava instituída a estrutura jurídica do SUS ^(14,18,21).

O SUS é composto por uma rede de serviços e ações gratuitos, com estrutura regionalizada e hierarquizada que contempla todo território nacional. Ele tem como princípios: a universalização, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação popular. A política de saúde está abarcada no contexto da política pública da Seguridade Social, que abrange também as políticas de assistência e previdência social ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Apesar de garantido constitucionalmente, o direito à saúde não passou a ser exercido pela população brasileira de modo universal e equânime, considerando as particularidades de determinados grupos populacionais. Tendo em vista a população em situação de rua, caracterizada por sua heterogeneidade, fez-se

necessário o desenvolvimento de estratégias que atendessem as necessidades e particularidades desses usuários por meio da criação de serviços específicos, já que essas pessoas encontram inúmeras dificuldades em fazerem valer espontaneamente seus direitos de cidadãos usuários, onde se pode constatar grande prejuízo no que diz respeito à acessibilidade aos recursos públicos ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Nesse contexto, os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS são desafiados, sendo necessárias a criação e implementação de políticas públicas de saúde voltadas à população em situação de rua, que correspondam as suas especificidades e necessidades ^(17,22).

É crescente o contingente de pessoas que se encontram segregadas, à margem das estruturas convencionais da sociedade, refletindo, desse modo, no comprometimento de sua saúde e na manutenção de sua sobrevivência. Dentre as necessidades de saúde que mais acometem a população em situação de rua, pode-se citar algumas principais como, problemas odontológicos, uso abusivo de substâncias psicoativas, HIV/aids, afecções dermatológicas e gastrointestinais e transtornos mentais. Contudo, o acesso dessa população aos serviços de saúde acontece em casos extremos, quando os sintomas já não são mais suportados pelo indivíduo, ou quando esse é encaminhado à rede de atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviço de resgate ou por intermédio de instituições assistenciais ^(1,23,24).

Historicamente, as primeiras iniciativas de atendimento e organização das pessoas em situação de rua ocorreram em alguns municípios brasileiros na década de 1960. Nas décadas seguintes, manifestações e mobilizações foram fomentadas por essa população com o apoio de organizações sociais, com o intuito de reivindicar

o desenvolvimento de políticas públicas que assegurassem melhores condições de vida e que garantissem sua autonomia ⁽²⁵⁾.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, na década de 1970, foi um movimento essencial de contestação e enfrentamento da estrutura manicomial, pois estabeleceu ações primordiais nos serviços de atenção à saúde e assistência da população em situação de rua. Ressaltamos que a temática da saúde mental e do uso e abuso do álcool e de outras drogas é parte essencial que integra a RAS dessa população, considerando o uso abusivo dessas substâncias por parte destes indivíduos ^(8,26,27).

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, mobilizações tornaram-se mais frequentes e ganharam importante notoriedade por parte da sociedade e do poder público, pois permitiram que a precariedade das condições de vida nas ruas fosse evidenciada ^(25,27).

Em 1995, no município de Salvador, Bahia, surgiu um projeto-piloto em consequência da complexa realidade de crianças e adolescentes que se apresentavam em situação de rua, sob uso de drogas. Nomeado Consultório de Rua, tal projeto-piloto foi implementado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia ^(27,28).

A partir de 2004, foram criados, por iniciativas municipais, os Programas de Saúde da Família sem Domicílio, posteriormente denominados Equipes de Saúde da Família para População em Situação de Rua, nos municípios de Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro. Direcionado à população em situação de rua, o atendimento dessas equipes era realizado de forma itinerante, como parte da Rede de Atenção Básica à Saúde e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua desses municípios ⁽²⁸⁾.

Em setembro de 2005, foi criado o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), como representação organizada dos grupos de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Cuiabá. Esse movimento surgiu em resposta ao ocorrido conhecido como “Chacina da Praça da Sé” em agosto de 2004, no município de São Paulo, quando sete moradores de rua foram brutalmente executados. Concomitantemente e de modo semelhante, muitos outros cidadãos também foram assassinados em diversos municípios do país. Também no ano de 2005, aconteceu o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, onde representantes de governos municipais, de organizações sociais das pessoas em situação de rua e do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) se reuniram com o objetivo de identificar os desafios e estabelecer estratégias para a elaboração de políticas públicas que atendessem às necessidades das pessoas em situação de rua ⁽²⁵⁾.

Em 2006, o então presidente Luís Inácio Lula da Silva instaurou um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com representantes de seis Ministérios, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da sociedade civil, com o propósito de garantir o desenvolvimento de estudos e a criação de alternativas para a concepção de uma política pública direcionada à população em situação de rua ⁽²⁵⁾.

Em maio de 2009, foi realizado o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, que teve por finalidade debater a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. A instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), bem como a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento se deram em 23 de dezembro de 2009 por meio do Decreto Presidencial número 7.053. Tal política tem como propósito viabilizar a articulação entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para

otimizar e qualificar a oferta de serviços a essa classe da população, entre outras premissas a igualdade, equidade, ações educativas que visam a superação do preconceito, promoção de direitos e capacitação dos servidores ⁽²⁹⁻³¹⁾.

Ainda em 2009, o Ministério da Saúde (MS) propôs que o Consultório de Rua, nos moldes do que havia sido implantado em Salvador, se consolidasse numa das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incorporado, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o intuito de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento prestado às pessoas que fazem uso do álcool, crack e outras drogas por meio da execução de ações de saúde na rua ⁽³¹⁾.

Com o objetivo de unificar a proposta do Consultório de Rua à estratégia das Equipes de Saúde da Família para População em Situação de Rua, em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fundamentou a concepção da estratégia denominada Consultório na Rua. A elaboração dessa política específica contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, de representantes do MNPR e de organizações sociais de apoio à população em situação de rua ⁽³²⁾.

Em 25 de janeiro de 2012, foram publicadas as Portarias número 122 e 123, que determinaram as diretrizes organizacionais e de funcionamento das equipes de Consultório na Rua, bem como as modalidades (I, II e III) e critérios para o cálculo do número máximo necessário dessas equipes por município, que deve ser estipulado de acordo com o tamanho da população de pessoas em situação de rua de cada cidade ^(27,33,34).

Quanto às modalidades de equipe para os Consultórios na Rua: Modalidade I (4 profissionais, sendo 2 de nível superior + 2 de nível médio); Modalidade II (6 profissionais, sendo 3 de nível superior + 3 de nível médio); ou

Modalidade III (Modalidade II + 1 profissional médico), determina que poderão compor a equipe as profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Agente Social, Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Técnico em Saúde Bucal, Terapeuta Ocupacional e Técnico de Enfermagem ^(27,33,34).

Essas equipes devem ser implantadas em municípios que apresentem 80 indivíduos ou mais em situação de rua. Os municípios possuem autonomia para definir os integrantes da equipe de acordo com as categorias profissionais estabelecidas pela portaria do MS nas três modalidades existentes de equipe de Consultório na Rua. Somente na modalidade III é obrigatória a presença de um profissional médico ^(34,35).

O objetivo do Consultório na Rua é ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, podendo ser consideradas como porta de entrada das pessoas em situação de rua à RAS. Oferecem, de modo mais oportuno, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Tal estratégia compõe o segmento da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e deve obedecer às diretrizes e fundamentos delimitados na PNAB. Assim sendo, esse equipamento deverá atuar conforme as demandas e necessidades de saúde desses indivíduos, focando, inclusive a busca ativa, atendimento e/ou encaminhamento para outros pontos da rede de saúde quando necessário, e assistência aos usuários de Substâncias Psicoativas (SPA) como álcool, crack, cocaína e outras drogas ⁽³¹⁾.

A desigualdade no acesso aos bens e serviços existentes na sociedade brasileira deve ser enfrentada e combatida com a concepção e implementação de políticas específicas que assegurem os direitos de equidade e cidadania. Os serviços

assistenciais devem ser organizados conforme a realidade vivenciada pelos grupos sociais em situação de risco e vulnerabilidade ^(16,27).

As atividades de campo do Consultório na Rua caracterizam-se por atendimentos realizados no próprio espaço de permanência do usuário, fora de veículos ou qualquer outro ambiente móvel, estando a equipe disponível para acesso e sendo acessada pelos usuários. As ações desenvolvidas referem-se à construção de vínculo num processo de escuta, acolhimento e relação de confiança, assegurando a aceitação e continuidade dos atendimentos, por meio de contatos discretos e receptivos voltados às políticas de redução de danos ^(31,36-38).

Compreender o espaço da rua, suas regras e conflitos, é essencial para o desenvolvimento do atendimento, exigindo do profissional de saúde identificar onde cada indivíduo e grupo se estabelece, como se associam e se organizam em busca de recursos básicos de sobrevivência. Nesse ambiente, a oferta de serviços é aberta e espontânea, construída junto com o usuário em suas necessidades, particularidades e vulnerabilidades, resultando num processo desafiador ao profissional de saúde na capacidade de criar uma relação de cuidado com intervenções inesperadas e não programadas, e muitas vezes pela falta de adesão pelos usuários aos serviços e tratamentos ^(28,36,39).

As dificuldades enfrentadas pelas equipes do Consultório na Rua são diversas, muito além da necessidade de construção de vínculo com o usuário e do ambiente no qual está inserido. Muitas vezes, falta estrutura para realizar suas atividades, incluindo dependência da rede de atendimento e de outros serviços para garantir o cuidado integral, e com frequência isso se torna uma barreira ao usuário em situação de rua pelo preconceito de outros setores da saúde, elevando a incidência de falta de adesão aos tratamentos ^(36,38).

O Consultório na Rua surgiu de uma necessidade frente à grande população em situação de rua, e suas particularidades criam um novo modo de cuidar em saúde e, por consequência, a necessidade de novos modelos de processo de trabalho para uma demanda que exige um serviço que supere o esperado, prescrito e programado ^(28,40).

O Consultório na Rua é um serviço com pouca visibilidade e prestígio, considerando a população objeto de sua atenção. A pessoa em situação de rua é colocada à margem de uma sociedade que exclui e estigmatiza, e se torna invisível aos olhos dos próprios gestores públicos. Desse modo, os profissionais responsáveis por assistirem e prestarem os cuidados a essa população são também alvo de preconceito, como se desempenhar suas atividades numa equipe de Consultório na Rua fosse um demérito ou falta de opção no mercado de trabalho ⁽⁴¹⁾.

No município de Bauru, cenário desse estudo, o Consultório na Rua é um serviço relativamente novo, que foi implantado no mês de fevereiro de 2018. O serviço ainda não é conhecido nem reconhecido por grande parte dos profissionais de saúde do município que compõem os equipamentos da RAS e pela população em geral.

Pode-se inferir algumas fragilidades no trabalho da equipe de Consultório na Rua, entre elas a ausência do profissional médico, a resistência e obstáculos impostos por outras equipes de saúde da RAS, a falta de reuniões regulares com a gestão municipal e outros serviços de saúde e a falta de documentos institucionais. Além disso, há um desconhecimento geral quanto às atividades realizadas e atribuições da equipe do Consultório na Rua por outros serviços da rede e pela própria equipe. Existe, também, um preconceito contra as pessoas em situação de rua e com os profissionais que compõem a equipe, entre outros. Esses desafios destacam a necessidade de melhorias estruturais e de apoio para a equipe de Consultório na Rua.

6. CONCLUSÃO

A problematização realizada neste estudo por meio do Arco de Maguerez permitiu com êxito a reflexão entre os profissionais da equipe de Consultório na Rua de Bauru para o seu engajamento nessa singular atividade, bem como potencializar suas ações com a proposição de estratégias de atendimento.

Essa ferramenta pode ser oportunamente utilizada no exercício profissional como metodologia ativa na formação continuada dos profissionais da área da saúde no cotidiano, pois estimula nos atores envolvidos uma postura reflexiva, crítica, exploradora e indagativa, promovendo a identificação dos pontos frágeis e problemas, e a proposição de ações de melhorias e soluções.

A intersetorialidade deve ser considerada como ação de promoção da saúde e de prevenção de agravos, e opera como agente modificador dos determinantes sociais de saúde. Logo, o estabelecimento de um diálogo intersetorial com ampla negociação é primordial para a elaboração de estratégias e tomada de decisões no enfrentamento dos problemas e situações encontrados, sendo fator estratégico fundamental para a reformulação das práticas de saúde engessadas e pouco flexíveis. Essa construção pode ser alcançada através da criação de processos participativos e da articulação de saberes e experiências dos sujeitos e setores envolvidos no delineamento de intervenções a serem compartilhadas, com enfoque na corresponsabilização para a garantia de direitos comuns e igualitários.

Desse modo, a capacitação, o planejamento, construção e aprimoramento de estratégias e do trabalho intersetorial para o atendimento da população em situação de rua devem ser continuados e permanentes.

As ações propostas podem não contemplar todas as particularidades do trabalho em saúde desenvolvido por uma Equipe de Consultório na Rua, contudo, apresentam resultados que permitem compreensão do papel, das atividades, das ações, das estratégias e dos desafios vivenciados por esses trabalhadores para a oferta de um cuidado integral, apoiado na longitudinalidade e no trabalho intersetorial e em rede.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2012 [citado 14 de janeiro de 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf
2. Lopes L de AE. Caderno de atividades: tutor: curso de atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua. Rio de Janeiro: Ensino à Distância/Escola Nacional de Saúde Pública; 2014.
3. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. janeiro de 2012;28(1):115–24.
4. Rosa A da S, Santana CLA de. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. *Ver. Bras. Enferm*. 2018; 71 (3): 501–2.
5. Sanches Costa MI, Santos Lucena F. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*. 2022; 10 (1): 65–84.
6. De Sousa T, Andrichik A, Cuellar M, Marson J, Prestera E, Rush K, et al. The 2023 Annual Homelessness Assessment Report (AHAR) to Congress, Part 1: Point-in-Time Estimates of Homelessness. US Department of Housing and Urban Development. 2023;
7. Fitzpatrick S, Bramley G, McMordie L, Pawson H, Watts-Cobbe B, Young G. The homelessness monitor: England 2023 Executive Summary [Internet]. 2023. Disponível em: www.crisis.org.uk
8. Lúcia Albuquerque de Santana C da S, Rosa A. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. Santana CLA de, Rosa A da S, organizadores. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte; 2016. 374 p.
9. Neves DP. DOSSIÊ: Categorizações Deformantes: patrimônio de gestão dos pobres (Mendigos, vagabundos, população em situação de rua). *Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia* [Internet]. setembro de 2011; (29). Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/41699>
10. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 12º ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1998. 611 p.
11. Menezes FL. Percursos sem abrigo: histórias das ruas de Paris, Lisboa e Londres. Lisboa: Mundos Sociais; 2012.
12. SCHUCMAN LV. Entre o encardido, o branco e o branquíssimo. Annablume, organizador. São Paulo: 2014;
13. Madeira Z, Gomes DD de O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. *Serviço Social & Sociedade* [Internet]. dezembro de 2018; (133): 463–79. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300463&lng=pt&tlng=pt
14. Cunda MF. Me chamam rua, população, uma situação: estudo sobre os habitantes da rua e as políticas da cidade [Tese (doutorado)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
 15. Costa EV da. Da monarquia à república: momentos decisivos. 6^a. São Paulo: Fundação Editora da UNESP; 1999.
 16. Brasil C. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, Brasil: República Federativa do Brasil; 1988.
 17. Medeiros CRS. Análise sobre a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua: consultório na rua [Dissertação (Mestrado Profissional em Administração)]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2016.
 18. Reis DO, Araújo EC de, Cecílio LC de O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. 2011 [citado 30 de novembro de 2021];31–47. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf
 19. Valença AMG, Pereira Junior BH, organizadores. Políticas Públicas de Saúde: Desafios da Saúde Pública Brasileira. 1^a ed. João Pessoa: CCTA - UFPB; 2020. 1–87 p.
 20. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: Presidência da República, Diário Oficial da União; set 19, 1990.
 21. Brasil. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Presidência da República, Diário Oficial da União; dez 28, 1990.
 22. Silva MC da. Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como extituição. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2019.
 23. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. janeiro de 2012; 28 (1): 115–24.
 24. Santos CF dos. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto [Dissertação]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
 25. Rosa C, Bessi R, Kohara L, Rua M, Silva I, Ferro C. Movimento Nacional da População de Rua: Conhecer para lutar - Cartilha para formação política / National Movement of Street Population: Knowing to fight - Booklet for political formation [Internet]. 2010 [citado 14 de janeiro de 2023]. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf
 26. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva; 2003 [citado 14 de janeiro de 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

27. Abreu D de. Consultório na Rua: Atuação de profissionais em Santa Catarina [Internet] [Tese (doutorado)]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/186602/PPAU0156-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a08%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j>
28. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. abril de 2014;18(49):251–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
29. Brasil. Relatório do II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2009.
30. Brasil. Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009. 24 de dezembro de 2009.
31. Ministério da Saúde. Consultório de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental; 2010 set.
32. Brasil. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União; out. 24, 2011.
33. Brasil. Portaria n. 122 de 25 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União; jan. 26, 2012.
34. Brasil. Portaria n. 123 de 25 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União; jan. 26, 2012.
35. Borysow I da C. O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2018.
36. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. Textos & Contextos (Porto Alegre). 31 de dezembro de 2019; 18 (2): 34306.
37. de Lima HS, Seidl EMF. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. Psicol Estud [Internet]. 2015;20(1):57–69. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697>
38. Timóteo AVG, Silva JV dos S, Gomes LKG, Alves ASS, Barbosa VM da S, Brandão TM. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. Enfermagem em Foco. 26 de junho de 2020; 11 (1).
39. Hallais JA da S, Barros NF de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. julho de 2015; 31 (7): 1497–504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=pt&tlng=pt

40. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018; 42. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49526>
41. Alecrim TF de A, Palha PF, Ballestero JG de A, Protti-Zanatta ST. Advisory teams on the streets: A nurse's experience report. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2022; 56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342022000100705&tlng=en
42. BERBEL NAN. *A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: Uma reflexão teórico-epistemológica*. Londrina: Editora Eduel; 2012.
43. Berbel NAN, Sánchez Gamboa SA. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia e Educação*. 2011; 3 (2): 264–87.
44. BORDENAVE JD, PEREIRA AM. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 4ª. Vozes, organizador. Petrópolis; 1989.
45. Colombo AA. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas* [Internet]. 29 de novembro de 2007; 28 (2): 121. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733>
46. Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2007; 28 (2): 121.
47. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1998; 2 (2): 139–54.
48. VILLARDI M, CYRINO E, BERBEL N. A problematização em educação em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos. Editora UNESP [Internet]. 2015; 45–52. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardid-9788579836626-05.pdf>
49. DIAS GAR, SANTOS JPM, LOPES MMB. Arco Da Problematização Para Planejamento Educativo Em Saúde Na Percepção De Estudantes De Enfermagem. *Educação em Revista*. 2022; 38: 1–15.
50. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados* [Internet]. [citado 2 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/bauru.html>
51. BAURU. Prefeitura Municipal de Bauru. *Serviços de Saúde* [Internet]. [citado 2 de maio de 2023]. Disponível em: https://www2.bauru.sp.gov.br/saude/servicos_saude.aspx
52. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa - Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana* [Internet]. Petrópolis: Editora Vozes; 2011. 685 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->

- bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=341863&indexSearch=ID
53. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Brasília: Presidência da República, Diário Oficial da União; ago. 14, 2018.
 54. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Presidência da República, Diário Oficial da União; jun. 13, 2013.
 55. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1998; 2 (2): 139–54.
 56. CANVA. Plataforma de design gráfico [Internet]. [citado 9 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://www.canva.com/>
 57. Rodrigues RP, Carmo WLN do, Canto CIB, Santos E do S da S, Vasconcelos LA de. Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2019; 43 (spe6): 109–16.
 58. Campos RKG, Maniva SJC de F, Santos MH da S dos, Mesquita KKB, Pinheiro PN da C. Implementação de um fluxograma em unidade de pronto-atendimento durante a pandemia da COVID-19. *Escola Anna Nery*. 2023;27.
 59. Chiavenato I. Administração nos novos tempos: os novos horizontes da Administração. Vol. 92, Campus: Rio de Janeiro. 2014.
 60. Brasil. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2012 [citado 14 de janeiro de 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf
 61. Hallais JA da S, Barros NF de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. julho de 2015; 31 (7): 1497–504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=pt&tlng=pt
 62. Sanches Costa MI, Santos Lucena F. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*. 2022; 10 (1): 65–84.
 63. Silva CC da, Cruz MM da, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*. 2015; 39 (spe): 246–56.
 64. Dos Santos Silva JV, Dos Santos Júnior CJ, Bezerra WC, Brandão TM. Street Office: Experiences and feelings experienced by health care professionals. *Medicina (Brazil)*. 2021; 54 (3): 1–10.
 65. Rosa A da S, Santana CLA de. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. *Ver. Bras. Enferm*. 2018; 71 (3): 501–2.
 66. Souza, A. C. S., Pinho, E. S., Machado, M. D. G. D. G., & Nogueira, L. E. F. L. Redução de vulnerabilidades como estratégia de cuidados do Consultório na Rua. *Revista do NUFEN*, 2020; 12 (3), 103-115.

67. Santos AR dos, Almeida PF de. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saúde em Debate*. 2021; 45 (129): 327–39.
68. Machado MPM, Rabello ET. Skill for the work in the street offices. *Physis*. 2018; 28 (4): 1–24.
69. Abreu D de, Oliveira WF de. Atenção à saúde da população em situação de rua: Um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33 (2): 1–2.
70. Silva CC da, Cruz MM da, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*. 2015; 39 (spe): 246–56.
71. Lima AFS, Almeida LW de S, Costa L de MC, Marques ES, Lima Júnior MCF, Rocha KR da SL. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019; 53: 1–8.
72. Sanches Costa MI, Santos Lucena F. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*. 2022; 10 (1): 65–84.
73. Dos Santos Silva JV, Dos Santos Júnior CJ, Bezerra WC, Brandão TM. Street Office: Experiences and feelings experienced by health care professionals. *Medicina (Brazil)*. 2021; 54 (3): 1–10.