

Consultório na rua: plano de ação para o trabalho da equipe apoiado no Arco de Maguerez

Street Outreach Offices: Action Plan for the Team's Work Supported by the Maguerez Arch (abstract: p. 16)

Consultorio en la calle: plan de acción para el trabajo en equipo apoyado en el Arco de Maguerez (resumen: p. 16)

Ângela Domingues dos Santos^(a)

<angela.domingues@unesp.br> 

Lucas Cardoso dos Santos^(b)

<lucas.csantos@usp.br> 

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim^(c)

<tatiana.alecrim@eerp.usp.br> 

Continua pág. 12

^(a) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp). Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Rubião Junior. Botucatu, SP, Brasil. 18618-687.

^(b) Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Continua pág. 12

A literatura tem explorado pouco as práticas das equipes de Consultório na Rua, destacando a necessidade de divulgar e potencializar seu trabalho. Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para o trabalho de uma equipe de Consultório na Rua, por meio da problematização apoiada no Arco de Maguerez. Desenvolvido de forma descritiva e participativa, envolveu a equipe de um Consultório na Rua do interior do estado de São Paulo. A problematização permitiu reflexão crítica e identificação de fragilidades no processo de trabalho, o que proporcionou a elaboração de um plano de ação. Os resultados 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 em rede.

Palavras-chave: População em situação de rua. Equipe multiprofissional. Política de saúde. Planejamento em saúde. Aprendizagem ativa.

Introdução

As primeiras iniciativas de cuidado à saúde das Pessoas em Situação de Rua (PSR) no Brasil surgiram na década de 1970¹, lideradas por leigos e entidades religiosas. Organizações sociais exigiram políticas públicas, resultando na criação, em 2009, da Política Nacional para a População em Situação de Rua, integrada às Políticas de Promoção da Equidade em Saúde¹.

Segundo a política, as PSR compartilham características como vínculos familiares fragilizados, pobreza extrema e falta de moradia regular, utilizando áreas insalubres ou vias públicas, podendo buscar serviços de acolhimento temporário^{2,3}. As PSR enfrentam vulnerabilidades em saúde e geralmente acessam serviços por meio de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), não pela Atenção Primária à Saúde (APS), centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{2,4,5}. As principais condições de saúde incluem problemas bucais, uso nocivo de substâncias, infecções sexualmente transmissíveis, doenças dermatológicas e transtornos mentais.

Em 2011, o Consultório de Rua foi integrado à Política Nacional da Atenção Básica, passando a se chamar Consultório na Rua (CnR), seguindo o modelo já existente em Salvador desde os anos 2000⁶. Essa estratégia faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, visando ampliar o acesso das PSR aos serviços de saúde.

As equipes do Consultório na Rua (eCR) realizam atendimento itinerante, atendendo às necessidades de saúde no local. É necessário um limite mínimo de oitenta PSR no município ou Distrito Federal para que haja o financiamento da eCR pelo Ministério da Saúde⁷. O trabalho é desenvolvido de forma integrada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e outros serviços da rede, incluindo urgência e emergência, quando necessário⁷.

As eCR podem incluir enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, dentistas, educadores físicos, profissionais de saúde bucal e agentes sociais, sendo os dois últimos de nível médio. As modalidades são classificadas em I, II e III, com a modalidade III incluindo médicos⁷.

Esse serviço, embora pouco visível e prestigiado, necessita de estratégias inovadoras para melhorar o atendimento^{8,9}. As ações devem ocorrer nos locais onde as PSR permanecem, fora de veículos, permitindo que a equipe crie vínculos com a escuta e o acolhimento. O foco é garantir a aceitação e a continuidade do cuidado em saúde, priorizando políticas de redução de danos^{6,10-12}.

Todavia, as dificuldades enfrentadas pelas eCR aumentam as vulnerabilidades das PSR, como a descontinuidade do cuidado, o ambiente inseguro da rua, o frágil trabalho em rede e o estigma. A pandemia de Covid-19 intensificou essa situação, aumentando em 211% o número de PSR entre 2011 e 2021, e de 38% entre 2019 e 2022, totalizando 281.472 PSR¹³. No entanto, não é possível determinar com precisão o número exato dessa população devido à falta de metodologias e diretrizes nacionais para censos específicos¹³.

Compreender o espaço da rua e seus conflitos é essencial para o atendimento, exigindo que o profissional de saúde identifique onde cada PSR e cada grupo se estabelecem e busquem recursos básicos^{8,10}. A oferta de serviços deve ser aberta e

construída com as PSR, considerando suas necessidades e vulnerabilidades. Isso representa um desafio, pois o profissional deve criar uma relação de cuidado, lidando com intervenções inesperadas e a falta de adesão das PSR aos serviços^{8,10,14}.

Diante do exposto e do fato de a temática ainda ser pouco explorada na literatura científica, torna-se imperioso potencializar e divulgar o trabalho desenvolvido pelas eCR. Acredita-se que, dessa forma, seja possível contribuir com a atuação desses profissionais, o trabalho em rede e, conseqüentemente, com o cuidado às PSR. Nesse sentido, esse estudo teve por objetivo elaborar um plano de ação para o trabalho de uma eCR com base na problematização apoiada no Arco de Magueréz.

Método

Estudo descritivo de natureza participativa, por meio de oficina direcionada a conhecer o trabalho de uma eCR e constituir um espaço educativo, de reflexão e integração teórico-prática. Foi utilizado o guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁵ para garantir a qualidade e a transparência na coleta e na análise dos dados. O estudo fez parte de uma dissertação de Mestrado apresentada a um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional.

A pesquisa foi realizada em um município no interior do estado de São Paulo, com população estimada em 381.706 habitantes¹⁶, junto do CnR, modalidade II, composto por uma única equipe e inaugurado em 2018. De forma presencial e com a mediação da Secretaria Municipal de Saúde, toda equipe foi convidada a participar, composta por sete profissionais: agente social, assistente social, auxiliar de enfermagem, condutor de veículo, enfermeira, psicóloga e técnica de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional com atuação no CnR no município em questão e ter interesse em colaborar com esta pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença-saúde.

A escolha pela problematização com base no Arco de Charles Magueréz norteou o planejamento da oficina, promovendo a reflexão crítica e a construção participativa do conhecimento ao integrar diferentes saberes, contribuindo para a inovação e a resolução de problemas complexos¹⁷⁻²⁰, aqui representados pelo processo de trabalho de uma eCR.

O Arco de Magueréz^{17,18}, como referencial metodológico, é composto por cinco etapas interdependentes: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses e aplicação à realidade. Cada etapa apresenta características específicas que devem nortear o planejamento das atividades a serem desenvolvidas com consideração ao problema em análise, conforme Quadro 1.

A oficina ocorreu em três dias não sequenciais, em momentos interdependentes (Quadro 1). A observação foi feita pelos autores (um do sexo masculino e três do sexo feminino) com formação em Enfermagem, sendo dois com experiência em CnR e dois são professores universitários, todos com *expertise* nos referenciais metodológicos e teóricos utilizados. A oficina foi realizada entre dezembro de 2022 e abril de 2023, com duração média de três horas cada uma.

O primeiro encontro ocorreu no local de trabalho da eCR e os subsequentes de forma *on-line*, síncrona, pelo Google Meet.

Quadro 1. Momentos e etapas da oficina de trabalho com a equipe do Consultório na Rua guiada pelo Arco de Maguerez, 2023.

Momentos	Etapas	Objetivos	Atividades realizadas
Primeiro	Observação da realidade e definição de um problema.	Aproximar do tema e identificar problemas.	• Contato com a equipe do CnR. • Levantamento das ações já desenvolvidas pela equipe do CnR. • Levantamento do perfil da população. • Identificação de problemas acerca das atividades desenvolvidas pela equipe do CnR.
	Pontos-chave.	Refletir acerca dos problemas identificados e definir um problema para o desenvolvimento da investigação.	• Discussão em grupo sobre as atividades desenvolvidas pela equipe do CnR, identificando as principais fortalezas e fragilidades. • Identificação do problema pela equipe e as possíveis causas do problema elencado.
Segundo	Teorização.	Investigar cada um dos pontos-chave, buscando informações confiáveis, analisando-as para responder aos problemas identificados.	• Contato da equipe do CnR com enfermeira com expertise no referencial teórico. • Discussão sobre as atividades desenvolvidas pela equipe de CnR entre a equipe e os pesquisadores.
	Hipóteses de solução.	Elaborar sugestões de intervenções para solucionar ou reduzir as fragilidades encontradas.	• Reflexão e sugestão de ações que potencializem as ações da equipe do CnR. • Elaborar estratégia para aprimorar a realidade de trabalho da equipe do CnR.
Terceiro	Aplicação à realidade.	Retorno esperado com base na prática aplicada à realidade.	• Socialização do conhecimento construído, em roda de conversa com a equipe do CnR.

Fonte: Os autores.

Siglas: CnR (Consultório na Rua).

Durante a oficina, foram feitas anotações manuais registrando as falas dos participantes e as percepções dos autores que poderiam não ser captadas pelo gravador. A análise dos dados foi baseada na Política Nacional para a População em Situação de Rua². Não houve gravação digital de áudio para evitar a intimidação dos participantes e a omissão de informações.

A pesquisa atendeu aos requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados²¹, da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²² e das orientações para pesquisas em ambiente virtual²³. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado antes de cada encontro, esclarecendo os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório da participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer n. 5.235.079).

Resultados

Fizeram parte deste estudo toda eCR, não ocorrendo recusas. Seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 32 e 58 anos. O tempo de formação profissional foi de sete e 18 anos e a atuação no CnR variou de sete meses a quatro anos.

Primeiro momento: observação da realidade e definição de um problema

No primeiro momento, realizou-se a observação da realidade, definição de um problema e levantamento dos pontos-chave. A atividade começou com a recepção dos participantes, apresentação dos pesquisadores, explicação dos objetivos da pesquisa, esclarecimento de dúvidas e orientações sobre o TCLE. Foram feitas perguntas disparadoras para conhecer os participantes e as ações da equipe, como: “Antes de trabalhar aqui, você sabia o que uma equipe de Consultório na Rua fazia?”; “Quais as atividades/ações que a equipe do Consultório na Rua realiza?”; “Quais atividades vocês não realizam, mas gostariam de fazer?”; “Por que não realizam?”; “O que facilita a prática de trabalho da equipe do Consultório na Rua?”; “O que dificulta a prática de trabalho da equipe do Consultório na Rua?”.

Os participantes relataram desconhecimento das atividades de um CnR e souberam do processo seletivo em reunião de equipe e no jornal da cidade. As motivações para integrar a equipe incluíram a jornada de seis horas diárias, a possibilidade de mudança de serviço e a oportunidade de enfrentar novos desafios. Destaca-se que não houve sensibilização prévia da gestão municipal para o processo seletivo, e todos concordaram que a equipe deve ser composta por profissionais motivados.

Desde o início das atividades do CnR, cerca de mil PSR foram cadastradas. Durante a oficina, a população ativa era de aproximadamente quinhentas PSR, predominantemente do gênero masculino, com idades entre 31 e 50 anos, Ensino Fundamental, menos de seis meses em situação de rua e desempregados. Muitos faziam uso de álcool, tabaco e outras drogas, apresentavam hipertensão arterial sistêmica, e a sífilis era a infecção sexualmente transmissível mais prevalente.

A equipe apresentou com segurança seu papel nas ações individuais, incluindo: promoção, prevenção e redução de danos; administração de medicamentos e vacinas; aferição de sinais vitais; agendamento de consultas e exames; articulação com serviços das RAS; busca ativa de PSR para cadastro e cuidado; coleta de exames laboratoriais; consultas com assistente social, enfermeiro e psicólogo; encaminhamentos aos serviços das RAS; entrega de insumos (água, *kit* de higiene oral, preservativos e biscoitos); orientações sobre serviços disponíveis; procedimentos de enfermagem (curativos, glicemia capilar, retirada de pontos); testagem e aconselhamento para Infecções Sexualmente Transmissíveis; e tratamento diretamente observado para tuberculose.

Os locais de atendimento mencionados foram o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e os Centros de Passagem, além das vias públicas, como praças do município. Não foram citadas atividades coletivas,

educação em saúde ou ações com outros serviços sociais, como cultura, educação e lazer, evidenciando uma fragilidade no trabalho em rede e intersetorial.

Os obstáculos enfrentados no trabalho incluem a falta de conhecimento sobre as atribuições da eCR pelos serviços da RAS, a rigidez no acesso fora dos horários estabelecidos para emergências, a ausência de mapeamento do território, falta de insumos e materiais, carência de protocolos assistenciais, interrupção de reuniões regulares com a gestão municipal, UBS, equipe de Saúde Mental e Centro POP, falta de apoio da gestão municipal e ausência de um veículo apropriado para atividades externas.

Mencionou-se que há entraves e posturas resistentes entre as equipes de saúde da RAS, como UPA, UBS e Centro de Atenção Psicossocial. A ausência de um médico na equipe foi um ponto central nas discussões, com a justificativa de que sua presença aumentaria a resolubilidade do serviço, mas também geraria dependência de outros serviços. Sem o médico, há maior demanda por atendimentos para queixas agudas, prescrição de medicamentos e encaminhamentos, além da percepção de que sua presença tornaria a equipe mais autossuficiente e reduziria a necessidade de articulação com outros serviços.

Segundo momento: teorização e hipóteses de solução

No segundo momento, foi realizada a teorização por meio de discussão, visando à contribuição na solução dos problemas identificados. Evidenciou-se a necessidade de dialogar com a equipe sobre os marcos teóricos e conceituais que regem a Política Nacional para a População em Situação de Rua e as possibilidades de ações a serem desenvolvidas por um CnR. Foi realizada, então, uma exposição dialogada intitulada “Consultório na Rua: marcos teóricos, conceituais e práticas”, que possibilitou a participação ativa da eCR sobre as aproximações e os distanciamentos das atividades desenvolvidas pela equipe com a Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Nesse momento da oficina, alguns participantes citaram a oportunidade de conhecer o histórico dos CnR no Brasil e outras experiências, bem como promover novos conhecimentos a serem incorporados no processo de trabalho a fim de enriquecer a prática e, consequentemente, o cuidado prestado.

Ao serem questionados sobre mudanças desejadas na equipe, os participantes expressaram a necessidade de transformar a rotina “empobrecida de atividades” e implementar novas ações, como atividades coletivas, em rede, intersetoriais e de educação em saúde. Também manifestaram angústia e tristeza por sentir que estão contribuindo pouco para o cuidado às PSR. Além disso, destacaram que a oficina proporcionou um “chacoalhão” na equipe, despertando a necessidade de sair da “zona de conforto” e a vontade de fazer a diferença, promovendo a identificação do grupo como equipe e a busca por novas práticas de trabalho.

No segundo momento, foi realizado o levantamento das hipóteses de solução, em que a equipe compreendeu o contexto e, coletivamente, construiu possíveis hipóteses

para resolver os problemas identificados. Também foram elaboradas estratégias para aprimorar a realidade do trabalho da equipe do CnR.

Entre as práticas sugeridas para a eCR, destacaram-se: o planejamento das ações de cuidado direto e indireto; a definição de itinerários para otimizar as visitas em diferentes locais do território; a divulgação da equipe na Rede de Atenção à Saúde por meio de recursos visuais, como cartazes, pôsteres e *banners*; a realização do processo de territorialização para atender às reais necessidades de saúde das PSR; e a utilização de relatórios extraídos dos sistemas de informações.

Diante do exposto, a equipe, de forma coletiva e participativa, propôs a elaboração de um Plano de Ação voltado ao trabalho em saúde do CnR (Quadro 2). O plano inclui objetivos, estratégias, níveis de governabilidade (alta, média e baixa), prazos de execução (curto: até 3 meses; médio: até 6 meses; longo: até 12 meses) e os atores responsáveis, que variam entre profissionais da equipe, gestores municipais e profissionais de diferentes serviços de saúde e assistência social.

Quadro 2. Plano de ação para o trabalho de uma equipe de Consultório na Rua.

Objetivos	Estratégias	Governabilidade*	Aprazamento**	Responsável
1. Ampliar a divulgação do papel da equipe CnR nos serviços que compõem a RAS.	1.1 Elaboração de fluxograma.	A	C	Equipe CnR.
	1.2 Visitas aos diferentes serviços apresentando a equipe e o processo de trabalho.	M	M	Chefias e equipe CnR.
2. Facilitar o acesso da equipe CnR aos serviços de saúde.	2.1 Implantação de orientações para flexibilização dos atendimentos a pessoas em situação de rua.	M	M	Chefias, equipe CnR, profissionais médicos e de enfermagem dos serviços.
	2.2 Educação continuada conscientizando os profissionais sobre o perfil dos usuários atendidos pelo CnR e a imprevisibilidade das demandas do serviço.	M	M	Chefias, equipe CnR, profissionais médicos e de enfermagem dos serviços.
3. Realizar reuniões periódicas com a Diretoria da Saúde Mental, Secretaria do Bem-Estar Social, equipes UBS e Centro Pop.	3.1 Retomada de reuniões periódicas com a direção dos serviços para discussão de casos, estratégias de atendimento e limitações dos serviços.	M	M	Chefia direta, equipe CnR, diretoria da Saúde Mental e diretoria da Secretaria do Bem-Estar Social.
4. Definir itinerário diário para visitas.	4.1 Planejamento das ações e itinerário em reunião semanal e o planejamento diário de visitas de acordo com os casos prioritários.	A	C	Equipe CnR.
5. Ampliar mapeamento do território.	5.1 Mapeamento do território conferindo ampliação da abrangência dos bairros a serem visitados.	A	M	Equipe CnR.

6. Capacitar equipe do CnR.	6.1 Capacitações da equipe diante das necessidades apresentadas.	A	C	Chefia direta, equipe CnR e DGTES.
	6.2 Visitas às equipes de CnR de outros municípios para troca de experiências e aprendizagem.	M	C	Chefia direta e equipes envolvidas.
7. Sistematizar o atendimento aos que possuem doenças crônicas e transmissíveis.	7.1 Implementação de controle sistemático das pessoas em situação de rua com hepatites virais, HIV e transtornos mentais, utilizando planilha para acompanhamento de atendimentos e faltas, pelo sistema de informação.	M	C	Chefia imediata, equipe CnR e gestor do Siresp.
	7.2 Elaboração de protocolos operacionais padrão e assistenciais, otimizando o seguimento.	A	M	Equipe Consultório na Rua e Setor de Protocolos.
8. Disponibilizar itens básicos voltados à redução de danos.	8.1 Solicitação de compra de água mineral.	B	M	Chefia imediata, equipe CnR e diretoria.
9. Planejar atividades intersetoriais artísticas, culturais, esportivas e de educação em saúde.	9.1 Elaboração de plano de atividades, promovendo educação em saúde à população em situação de rua, envolvendo outras secretarias.	A	C	Equipe CnR.

Fonte: Elaborado pelos autores.

* Governabilidade: B – Baixa; M – Média; A – Alta.

**Aprazamento: C – Curto (3 meses); M – Médio (6 meses); L – Longo (12 meses).

Siglas: CnR (Consultório na Rua); RAS (Rede de Atenção à Saúde); DGTES (Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde); Siresp (Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo); UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Terceiro momento: aplicação à realidade

No terceiro momento, embora o estudo não visasse implantar o Plano de Ação para a eCR, houve uma discussão final entre pesquisadores e a equipe para listar objetivos e estratégias a serem implementadas. Destacam-se: a elaboração de um fluxograma para informar uma PSR à equipe; a realização de reuniões e visitas técnicas para apresentar a equipe e suas atividades; reuniões com a gestão municipal para apoio às ações; a retomada de reuniões intersetoriais; promoção de educação continuada para os profissionais; elaboração de procedimentos operacionais padrão e protocolos; e a realização de atividades de educação em saúde em diferentes espaços do território.

Discussão

O plano de ação desenvolvido, alinhado à Política Nacional para a População em Situação de Rua, envolveu os profissionais da eCR, potencializando as atividades existentes e gerando novas ações e estratégias para o cuidado à saúde das PSR, além de reduzir as barreiras de acesso aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

As políticas públicas de saúde são fundamentais para promover mudanças positivas nos serviços e garantir o bem-estar da população. Nesse contexto, a Política Nacional para a População em Situação de Rua é um marco importante, estabelecendo diretrizes

para o acesso a serviços essenciais e a inclusão social^{2,14}. No entanto, desafios como estigma, preconceito, burocracia e rigidez dos serviços ainda persistem, conforme evidenciado pelos achados da oficina deste estudo.

O estigma institucional nos serviços de saúde agrava as vulnerabilidades das PSR, afetando autoestima, Saúde Mental e bem-estar, o que reforça a importância de práticas humanizadas e inclusivas^{4,24}.

Os desafios de cuidar das PSR também impactam os profissionais, que enfrentam preconceito, fazendo que atuar no CnR seja visto como um demérito. Portanto, é essencial que os profissionais, além de possuírem habilidades técnicas e gerenciais, desenvolvam posturas que superem essas narrativas²⁵.

Políticas públicas e práticas de saúde que combatam o estigma e promovam inclusão são essenciais para romper o ciclo de exclusão. A sensibilização dos profissionais e a promoção de abordagens humanizadas são fundamentais para construir uma sociedade mais justa e inclusiva, tema amplamente discutido nas reuniões da equipe.

As vulnerabilidades das PSR revelam marcadores sociais de iniquidade, como alta mortalidade prematura, envelhecimento precoce, exposição à violência, condições climáticas extremas, transtornos mentais, doenças infecciosas e uso abusivo de substâncias^{26,27}. Esses fatores refletem o perfil de saúde das PSR atendidas pelo CnR.

Corroborando a literatura²⁸⁻³⁰, um dos achados da oficina reside nas barreiras de acesso à saúde e no frágil trabalho em rede que amplificam a exclusão e a marginalização dessa população, e evidenciam a necessidade de abordagens sensíveis e adaptadas para garantir a equidade no cuidado.

A fragmentação e a falta de colaboração entre os serviços de assistência social, educação, esportes, habitação, saúde e segurança prejudicam o cuidado e a prática interprofissional. As diferentes lógicas e objetivos dificultam parcerias efetivas, comprometendo a assistência integral à população em situação de rua^{9,10,24,31,32}.

A organização da equipe e a articulação com as redes de saúde têm permitido que o CnR melhore o acesso das PSR aos serviços de saúde. O consultório amplia as oportunidades de detecção precoce, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas e infectocontagiosas, promovendo um cuidado humanizado e integral²⁵.

As eCR são essenciais na construção de vínculos duradouros e no cuidado contínuo das PSR. Elas facilitam o acesso aos serviços de saúde e assistência social, atuando como mediadoras entre as PSR e as instituições, garantindo atendimento adequado mesmo diante das barreiras estruturais e sociais³²⁻³⁵.

A complexidade das necessidades de saúde das PSR exige uma abordagem integral que considere suas múltiplas dimensões. É essencial adotar práticas que reconheçam suas vulnerabilidades, priorizando acolhimento, clínica ampliada e trabalho interprofissional, promovendo a coordenação e a continuidade do cuidado.

Observou-se confusão entre os participantes sobre as atividades da eCR, refletindo um foco excessivo em aspectos técnicos do modelo biomédico, com pouca atenção aos modelos da Política Nacional de Humanização. É necessário desenvolver práticas

interprofissionais que valorizem as vivências das PSR e construir novas formas de cuidado que superem o modelo biomédico, promovendo uma escuta empática^{25,27,36}.

Nosso estudo, corroborando pesquisas na APS^{10,24,35}, revelou que o principal espaço de diálogo para o CnR é a reunião de equipe. Essas reuniões, essenciais e sistemáticas, são fundamentais para um cuidado integrado e eficaz. Elas permitem organizar a agenda, pactuar estratégias e discutir casos específicos, além de revisar e ajustar o quadro mensal de trabalho conforme as demandas emergentes^{10,24,35}.

Atuar no CnR foi relatado pela equipe na oficina como um grande desafio, principalmente devido à falta de formação prévia e contínua sobre o tema. Estudo revelou que os profissionais trazem experiências e vivências que enriquecem o cuidado na rua, mas enfrentam um histórico sem conhecimentos anteriores. Esse encontro com o real da vida na rua desconstrói “o já construído”, o desafio de lidar com “outro tipo de população”, de precisar aprender fazendo, já que ninguém ensinou³⁷.

A literatura destaca a importância da formação continuada, sensibilização e desenvolvimento de competências específicas, como habilidades de abordagem humanizada, construção de vínculos e gestão de casos complexos^{12,38}. A frágil capacitação, a escassez e a alta rotatividade de profissionais de saúde comprometem a adesão e a continuidade do cuidado, exigindo um exercício de construção e desconstrução de valores⁸.

A formação deve incluir a compreensão das particularidades e dos desafios da população em situação de rua, como estigma, discriminação, violência, abuso de substâncias e transtornos mentais. É importante abordar Saúde Mental, redução de danos, políticas sociais, direitos humanos e sensibilização para questões sociais e culturais, além de promover trabalho em equipe e habilidades de comunicação e resolução de conflitos^{14,34,35,39}.

Por fim, a dificuldade em preencher e fixar vagas de médicos nas equipes de saúde é um “problema cultural” na APS, não exclusivo do CnR. Estudo apontou que a fragilidade na formação, o distanciamento entre teoria e prática, a ausência de plano de carreira, a remuneração injusta, a instabilidade de direitos trabalhistas e as estruturas organizacionais inadequadas afastam esses profissionais da APS e, consequentemente, do CnR⁴⁰.

Diante do exposto, as oficinas são estratégias de formação e capacitação em serviço, contribuindo significativamente para os profissionais. Nos encontros, aprofundou-se a aprendizagem baseada em problemas, conforme o Arco de Maguerez, com apoio dos facilitadores. Isso permitiu o estudo e a prática da observação da realidade, identificação de pontos-chave, teorização, formulação de hipóteses de solução e aplicação prática.

Acredita-se que este estudo contribuirá para ampliar o debate sobre o tema como instrumento de conhecimento para profissionais que atuam nas eCR, demais profissionais da saúde e pesquisadores em geral. A relevância dessa discussão passa pela promoção de ações e debates para a elaboração de um plano de ação a fim de aprimorar o trabalho no CnR, no sentido de contribuir para a formulação de políticas públicas que possam atender de modo equânime e integral às necessidades de saúde dessa população.

Constitui limitação deste estudo, a sistematização e a produção dos dados aqui expostos, pois eles partem da narrativa e das reflexões da prática das oficinas realizadas com uma eCR exclusivamente, não ocorrendo a participação de profissionais de outros setores e serviços, nem a análise da implantação das estratégias em longo prazo. Nesse sentido, pode-se inferir que os dados não são fechados, pois podem gerar novas concepções e interpretações quando versados e avaliados por outros profissionais e pesquisadores. À vista disso, os resultados aqui obtidos não devem ser generalizados.

Acredita-se que, em um futuro próximo, será possível evidenciar os objetivos do Plano de Ação que foram implantados no município, assim como identificar as fortalezas e os desafios encontrados durante esse processo.

Considerações finais

A problematização realizada neste estudo por meio do Arco de Maguerez permitiu a reflexão entre os profissionais da eCR de uma postura crítica, exploradora e indagativa, o que promoveu a identificação de fragilidades no processo de trabalho e a proposição de ações e soluções de melhorias.

As ações propostas podem não contemplar todas as particularidades do trabalho em saúde desenvolvido por uma eCR; 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 em rede.

Autores

Fabiana Tomé Ramos^(d)

<fabiana.ramos@unesp.br> 

Rúbia Aguiar Alencar^(e)

<rubia.alencar@unesp.br> 

Afiliação

^(d) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), Departamento de Enfermagem, FMB, Unesp. Botucatu, SP, Brasil.

^(e) Departamento de Enfermagem, FMB, Unesp. Botucatu, SP, Brasil.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Pesquisa financiada pelo Programa de desenvolvimento da Pós-graduação (PDPG) - CAPES/COFEN - Projeto “Tecnologias de apoio à SAE e Gestão, contribuições do mestrado profissional para a região centro-sul paulista: terceira etapa do projeto CAPES/COFEN” (Edital nº 8/2021 – COFEN-20211953903P).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Tiago Rocha Pinto

Editor associado

Deivisson Santos

Submetido em

08/12/24

Aprovado em

10/03/25

Referências

1. Borysow IC, Mota A, Furtado JP. O Estado brasileiro e os cuidados em saúde para as pessoas em situação de rua. *Resgate Rev Interdiscip Cult.* 2020; 28(0):e020010.
2. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 18 Dez 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view
3. Lopes LAE, organizadora. 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: Ministério da Saúde, Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz; 2014.
4. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012; 28(1):115-24.
5. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(67):1043-52. doi: 10.1590/1807-57622017.0228.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ; 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 1 Dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
8. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(49):251-60. doi: 10.1590/1807-57622013.0738.
9. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica.* 2018; 42:e170.
10. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos Contextos (Porto Alegre).* 2019; 18(2):34306.
11. Lima HS, Seidl EMF. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicol Estud.* 2015; 20(1):57-69.
12. Timóteo AVG, Silva JVS, Gomes LKG, Alves ASS, Barbosa VMS, Brandão TM. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. *Enferm Foco.* 2020; 11(1):126-30.
13. Natalino M. Nota Técnica nº 103 (Disoc): Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento; 2022. doi: 10.38116/ntdisoc103.
14. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(7):1497-504.
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34:eAPE02631.

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados – Bauru [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 23 Jun 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/bauru.html>
17. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: Uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: Eduel; 2012.
18. Berbel NAN, Sánchez Gamboa SA. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosof Educ*. 2011; 3(2):264-87.
19. Colombo AA. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina Cienc Soc Hum*. 2007; 28(2):121-46.
20. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em Saúde: percepções dos professores tutores e alunos. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos*. São Paulo: Editora Unesp, Cultura Acadêmica; 2015. p. 45-52.
21. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de Agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Brasil: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)*; 2018.
22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos e constitui o primeiro marco regulatório nacional da ética aplicada à pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Ofício Circular No 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
24. Silva JVS, Santos CJ Jr, Bezerra WC, Brandão TM. Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2021; 54(3):e-176470.
25. Alecrim TFA, Palha PF, Ballesterio JGA, Protti-Zanatta ST. Advisory teams on the streets: A nurse's experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2022; 56:e20220026.
26. Schucman LV. Entre o encardido, o branco e o branquíssimo. São Paulo: Annablume; 2014.
27. Freitas GL, Silva BIS, Alecrim TFA, Souza LB, Zanatti STP, Fiorati RC. População em situação de rua: a complexidade do cuidado e a busca pela intersetorialidade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES, organizadores. *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume I*. Brasília: Editora Aben; 2022. p. 27-32.
28. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(4):805-14.
29. Santos AR, Almeida PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saude Debate*. 2021; 45(129):327-39.
30. Vale RRM, Sousa JM, Pinho ES, Farinha MG, Silva NS, Caixeta CC, et al. Prática de equipes de consultórios na rua e registro das ações no e-SUS Atenção Primária. *Rev Eletron Enferm*. 2022; 24:70301.
31. Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(2):e00196916.

32. Souza ACS, Pinho ES, Machado MDGG, Nogueira LEFL. Redução de vulnerabilidades como estratégia de cuidados do Consultório na Rua. *Rev NUFEN*. 2020; 12(3):103-15.
33. Rosa AS, Santana CLA. Street Clinic as good practice in Collective Health. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71 Suppl 1:465-6.
34. Santos AR, Almeida PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saude Debate*. 2021; 45(129):327-39.
35. Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis*. 2018; 28(4):e280413.
36. Reinaldo AMS, Pillon SC, Wagstaff C, Silveira BV, Gomes NMR, Pereira MO. População em situação de rua: maior vulnerabilidade e invisibilidade durante a pandemia de COVID-19. In: Esperidião E, Saidel MGB, organizadoras. *Enfermagem em saúde mental e COVID-19*. Brasília: Editora ABEn; 2020. p. 46-52.
37. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5):808-15.
38. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saude Debate*. 2015; 39 Spec No:246-56.
39. Lima AFS, Almeida LWS, Costa LMC, Marques ES, Lima MCF Jr, Rocha KRSL. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03495.
40. Viana VGA, Ribeiro MFM. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fam Ciclos Vida Saude Contexto Soc*. 2021; 9 Supl 1:216-27.

The literature has scarcely explored the practices of Street Outreach Office teams, highlighting the need to publicize and enhance their work. This study aimed to develop an action plan for the work of a Street Outreach Office team, based on problematization supported by the Maguerez Arch. Developed in a descriptive and participatory manner, it involved the team of a Street Clinic in a city in the state of São Paulo. The problematization allowed for critical reflection and identification of weaknesses in the work process, which led to the development of an action plan. The results provide an understanding of the role, activities, actions, strategies, and challenges faced by these workers in offering comprehensive care, supported by longitudinality and networking.

Keywords: Housed persons. Patient care team. Health policy. Health planning. Problem-based learning.

La literatura ha explorado poco las prácticas de los equipos del Consultorio en la Calle, subrayando la necesidad de divulgar y potencializar su trabajo. El objetivo de este estudio fue la elaboración de un plan de acción para el trabajo de un equipo de Consultorio en la Calle, a partir de la problematización apoyada en el Arco de Maguerez. Desarrollado de forma descriptiva y participativa, envolvió el equipo de un Consultorio en la calle del interior del Estado de São Paulo. La problematización permitió una reflexión crítica y la identificación de fragilidades en el proceso de trabajo, lo que llevó a la elaboración de un plan de acción. Los resultados permiten una comprensión del papel, de las actividades, de las acciones, de las estrategias y de los desafíos vividos por esos trabajadores para la oferta de un cuidado integral, apoyado en la longitudinalidad y en el trabajo en red.

Palabras clave: Población sin hogar. Equipo multiprofesional. Política de salud. Planificación en salud. Aprendizaje activo.