



**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 memorian*), 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 encham 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 Ocupações
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação 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 População em Situação de Rua
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação 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 escravidão 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.

Frente ao exposto e diante da escassez na literatura referente às práticas de atendimento pelas equipes de Consultório na Rua, torna-se imperioso potencializar e divulgar os trabalhos desenvolvidos pelas equipes do Consultório na Rua tanto entre os serviços de saúde que integram a RAS como à população geral e à comunidade.

Nesse sentido, esta pesquisa tem por finalidade elaborar estratégias para aprimorar a realidade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua a partir da problematização apoiada no Arco de Maguerez. Acredita-se que, dessa forma, será possível contribuir com a atuação dos profissionais do Consultório na Rua e consequentemente possibilitar a maior visibilidade do trabalho da equipe de Consultório na Rua do Município de Bauru.

2. OBJETIVO

Elaborar estratégias para aprimorar a realidade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua a partir da problematização apoiada no Arco de Maguerez.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza participativa, que utilizou a problematização fundamentada no Arco de Charles Maguerez ^(42,43).

3.2. Fundamentação Teórica do Arco de Maguerez

O Arco de Maguerez foi desenvolvido em 1970 por Charles Maguerez, um médico e educador brasileiro, como um caminho para a Educação Problematizadora, inspirado em Paulo Freire. A metodologia do Arco de Maguerez foi apresentada por Bordenave e Pereira em 1989, que se utilizaram do esquema proposto por Charles Maguerez para trabalhar com diversas perspectivas no processo de ensino-aprendizagem. Esta metodologia de ensino-aprendizagem propõe uma abordagem reflexiva e prática para a investigação e resolução de problemas, dividido em cinco etapas interligadas que guia os profissionais em um processo cíclico de observação, reflexão teórica, formulação de hipóteses e aplicação à realidade (figura 1) ⁽⁴²⁻⁴⁶⁾.



Figura 1 - Esquema do Arco de Maguerez, segundo Bordenave e Pereira (1982) ⁽⁴⁴⁾

- a) Observação da Realidade:** Nesta fase inicial, o pesquisador observa atentamente a realidade que deseja investigar. É essencial coletar dados, informações e experiências relacionadas ao tema em estudo. A observação detalhada da realidade permite identificar problemas, desafios e questões a serem abordadas na pesquisa ^(42,43,46,47).
- b) Pontos-Chave:** Após a observação, são selecionados os pontos-chave que se destacam na realidade analisada. Esses pontos-chave representam aspectos significativos que merecem atenção e aprofundamento durante a pesquisa. A definição dos pontos-chave orienta a investigação para áreas específicas e relevantes do objeto de estudo ^(42,43,46,47).
- c) Teorização:** Nesta etapa, o pesquisador busca embasar teoricamente os pontos-chave identificados. É fundamental recorrer a teorias, conceitos e referências que possam elucidar e enriquecer a compreensão do problema em estudo. A teorização contribui para a fundamentação da pesquisa e para a análise crítica dos dados coletados ^(42,43,46,47).
- d) Hipóteses:** Com base na observação, nos pontos-chave e na teorização, o pesquisador formula hipóteses iniciais. As hipóteses representam suposições ou previsões sobre possíveis respostas para as questões de pesquisa levantadas. Essas hipóteses orientam a investigação e servem como guia para a análise de dados ^(42,43,46,47).

e) Aplicação à Realidade: Nesta fase, as hipóteses são testadas e aplicadas à realidade investigada. O pesquisador realiza atividades práticas, experimentos ou intervenções com o objetivo de verificar a validade das hipóteses formuladas. A aplicação à realidade permite confrontar a teoria com a prática e obter *insights* valiosos para a pesquisa ^(42,45,46).

O Arco de Magueres tem se destacado por sua abordagem inovadora e eficaz na condução de estudos em diversas áreas do conhecimento. Uma das principais vantagens é a sua natureza participativa e interdisciplinar em que o pesquisador é incentivado a envolver-se ativamente no processo, promovendo uma maior compreensão do objeto de estudo. Além disso, o Arco de Magueres estimula a reflexão crítica e a construção coletiva do conhecimento ao integrar diferentes perspectivas e saberes, onde esse método favorece a produção de conhecimento mais abrangente e contextualizado, contribuindo para a inovação e a resolução de problemas complexos ^(42,43,46,48).

Outro ponto relevante é a sua adaptabilidade a diferentes contextos e temas de pesquisa, seja nas ciências sociais, na educação, na saúde ou em outras áreas permitindo uma investigação aprofundada e significativa. A aplicação prática do Arco de Magueres em diferentes áreas do conhecimento, como evidenciado em experiências de profissionais da educação e da saúde, tem demonstrado impactos significativos na formação de indivíduos, promovendo o desenvolvimento de competências críticas e reflexivas essenciais para a atuação profissional ^(42,43,46,48).

Através da utilização do Arco de Magueres, os profissionais têm a oportunidade de vivenciar situações reais e complexas, o que contribui para a construção de um conhecimento mais contextualizado e aplicável. Essa abordagem metodológica não apenas estimula a reflexão sobre a prática, mas também fomenta a

resolução de problemas de forma colaborativa, incentivando a autonomia e a capacidade de análise crítica dos envolvidos, resultando em uma formação mais sólida e alinhada com as demandas contemporâneas ^(42,43,49).

3.3. Local de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Bauru, localizado no centro-oeste do Estado de São Paulo, com população estimada em 381.706 habitantes ⁽⁵⁰⁾. Os setores administrados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estão agrupados nas seguintes áreas: Serviços de Vigilância em Saúde, Unidade de Assistência Farmacêutica, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades de Saúde Mental, Unidades de Urgência e de Pronto Atendimento, Unidades Referenciais e Departamento de Saúde Coletiva, totalizando 76 serviços ⁽⁵¹⁾.

A equipe de Consultório na Rua é referência para todo o município de Bauru, e sua base está fisicamente localizada na Unidade Básica de Saúde Centro. No contexto nacional, a equipe integra o segmento atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e compõe a Atenção Primária à Saúde (APS), constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família. Na SMS o serviço está inserido no Departamento de Unidades Ambulatoriais (DUA), onde estão integradas as Unidades Básicas de Saúde. O Consultório na Rua foi instalado no município em fevereiro de 2018 como Modalidade III; contudo, atualmente encontra-se como Modalidade II.

3.4. Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que atuam na equipe de Consultório na Rua no município de Bauru: uma Agente Social, uma Assistente Social, uma Enfermeira, uma Psicóloga, uma Técnica de Enfermagem, uma Auxiliar de Enfermagem e um condutor de veículo, totalizando sete pessoas.

Utilizou-se de amostragem intencional para seleção dos participantes, como forma da pesquisadora selecionar um grupo da população que fosse representativo do todo ⁽⁵²⁾. Utilizou-se como critério de inclusão: ser profissional com atuação no Consultório na Rua no município de Bauru e ter interesse em colaborar com essa pesquisa. Já os critérios de exclusão consistiram em estar de férias ou licença saúde.

A pesquisadora mestranda é profissional integrante do serviço objeto da pesquisa, sendo fator metodológico estratégico que possibilita a coleta de dados de forma ampla, considerando todos os aspectos e detalhes da atividade, e também permitindo identificação da pesquisadora e participantes da pesquisa. O fato de integrar a equipe possibilitou que a pesquisadora explorasse o campo de estudo de maneira abrangente, considerando seu conhecimento prévio do serviço acerca do processo de trabalho e rotinas da equipe, além de viabilizar seu acesso e contato com os serviços envolvidos.

Para a realização das oficinas, a pesquisadora mestranda participou como membro da equipe Consultório na Rua, não estando envolvida no planejamento, preparo e condução das mesmas.

3.5. Procedimentos de coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e abril de 2023, por meio de Oficina de Trabalho realizada em três momentos com a intenção de problematizar as ações praticadas pela equipe de Consultório na Rua a partir das suas vivências e experiências.

Para organização da Oficina de Trabalho, foi utilizado a problematização fundamentada no Arco de Charles Maguerez, que é composto por cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (Quadro 1) ^(42,43).

A Oficina de trabalho foi desenvolvida pelos pesquisadores desse estudo que apresentam experiência com o referencial metodológico e teórico e teve duração média de três horas, sendo que o primeiro encontro ocorreu de forma presencial, no próprio local de trabalho da equipe de Consultório na Rua e os encontros subsequentes de forma *on-line*, síncrona utilizando o *Google Meet* com conexão adequada da internet.

Quadro 1 - Síntese do Arco de Magueres utilizado pelos pesquisadores para o desenvolvimento da Oficina de Trabalho com a equipe do Consultório na Rua. Bauru, SP, Brasil, 2023.

Etapa	Objetivos	Atividades realizadas
Observação da realidade e definição de um problema	Aproximar do tema e identificar problemas.	• Contato com a equipe do Consultório na Rua. • Levantamento das ações já desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua. • Levantamento do perfil da população • Identificação de problemas acerca das atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua
Pontos-chave	Refletir acerca dos problemas identificados e a definição de um problema para o desenvolvimento da investigação.	• Discussão em grupo sobre as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua, identificando as principais fortalezas e fragilidades. • Identificação do problema pela equipe e discussão sobre as possíveis causas do problema elencado.
Teorização	Investigar cada um dos pontos-chave, buscando informações confiáveis e analisando-as para responder aos problemas identificados.	• Contato da equipe do Consultório na Rua com enfermeira com expertise no referencial teórico. • Promover a discussão sobre as atividades desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua entre a equipe e 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 Consultório na Rua. • Elaborar estratégia para aprimorar a realidade de trabalho da equipe do Consultório na Rua
Aplicação à realidade	Retorno esperado com base na prática aplicada a realidade.	• Socialização do conhecimento construído, em roda de conversa com a equipe do Consultório na Rua.

A escolha pela problematização 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.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram coletados a partir das anotações realizadas no Caderno de Campo. Após a descrição dos dados da Oficina de Trabalho, fundamentada no Arco de Charles Maguerez, composto por cinco etapas, utilizou-se como Referencial Teórico de análise a Política Nacional para a População em Situação de Rua ⁽¹⁾.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu aos requisitos propostos pela Lei Geral de Proteção de Dados e Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde ^(53,54). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) foi ofertado antes da etapa de coleta de dados com orientação sobre os objetivos da pesquisa, sendo esclarecido quanto ao caráter não obrigatório de sua participação. Teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, parecer nº 5.235.079 (Anexo 2).

4. RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo sete participantes, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino, com faixa etária variando entre 32 e 58 anos, média etária de 47 anos. O tempo de formação profissional variou de sete a 18 anos, com média de 15 anos para os profissionais de nível médio/técnico, e de dez anos para profissionais de nível superior. O tempo de atuação na equipe de Consultório na Rua variou de sete meses a quatro anos, com média de três anos.

Os resultados serão apresentados considerando as Etapas do Arco de Charles Maguerez e as três categorias identificadas após a análise dos dados: 1) Ações e estratégias utilizadas pela equipe de Consultório na Rua; 2) Efeitos das ações e estratégias utilizadas pela equipe de Consultório na Rua no cuidado à pessoa em situação de rua; 3) Construindo novas possibilidades para melhorar a prática do trabalho da equipe de Consultório na Rua.

4.1. Observação da realidade e definição de um problema

A Primeira etapa do Arco de Maguerez consiste na observação da realidade concreta pelos participantes a partir de um assunto apresentado. Registra-se de forma sistematizada o que está acontecendo no contexto, podendo ocorrer a condução a um foco central sem fugir da temática ⁽⁴²⁾.

Essa etapa aconteceu no dia 01 de dezembro de 2022 com o objetivo de conhecer o processo de trabalho. Foi desenvolvida pela orientadora (enfermeira e docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu) e pelo coorientador (enfermeiro e Doutor em Enfermagem) da pesquisa, com

participação de uma convidada, enfermeira e Doutora em Enfermagem, que atuou como Enfermeira do Consultório na Rua na cidade de São Paulo.

O encontro começou com a recepção dos participantes e apresentação dos responsáveis. Posteriormente houve a explanação sobre os objetivos da pesquisa, esclarecimento de possíveis dúvidas e orientações sobre o TCLE.

A fim de registrar os relatos dos participantes durante a discussão, suas falas foram transcritas manualmente em um diário de campo à medida em que verbalizavam suas opiniões, fatos e ideias. Salientamos que não foi realizada gravação digital de áudio para que não incorresse na intimidação dos participantes e omissão de informações.

Para dar início da discussão utilizou-se as seguintes perguntas disparadoras:

- *Antes de trabalhar aqui, eu 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 executadas por uma equipe de Consultório na Rua antes de sua entrada no serviço, alegando nunca terem ouvido falar e que tomaram conhecimento do processo seletivo interno em reunião de equipe e no jornal da cidade.

Identificou-se desinformação voltada ao escopo de trabalho de um Consultório na Rua, o que fez com que as motivações para compor a equipe de Consultório na Rua estivessem atreladas a diferentes pontos, como a jornada de trabalho de seis horas diárias de segunda a sexta-feira, a possibilidade de mudar de serviço e chefia, a oportunidade de vivenciar um novo desafio e o desejo de ajudar o outro. Contudo, nenhuma sensibilização prévia foi feita pela Gestão Municipal junto aos participantes para condução do processo seletivo.

Nunca tinha ouvido falar. (P1)

Fiquei sabendo em reunião na Unidade Básica de Saúde por ser um trabalho novo que iria inaugurar. (P4)

Sabia que ajudava que morava na rua e gosta de ajudar. (P6)

Ao serem questionados sobre as ações e atividades que a equipe do Consultório na Rua realizava atualmente, citaram a vacinação, aplicação de anticoncepcional injetável, tratamento da sífilis, tratamento diretamente observado para tuberculose, bem como a oferta de internação em serviço referenciado para o tratamento da tuberculose. Ademais, foram mencionadas as atividades de busca ativa de pessoas em situação de rua para realização de cadastro, orientações acerca dos serviços disponíveis na RAS, encaminhamento aos serviços de assistência social, ambulatoriais e outros serviços, e o agendamento de consultas com o clínico geral na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Foi referido que o Consultório na Rua oferece os mesmos serviços de uma UBS com o objetivo de promover a aproximação das pessoas em situação de rua com a Atenção Básica, além de orientações de promoção e prevenção da saúde, e ainda

desenvolver ações estratégicas de redução de danos, como a distribuição de água mineral aos usuários visando uma melhor hidratação e a prevenção da desidratação ocasionada pelo consumo excessivo de bebida alcoólica, bem como evitar o consumo de água contaminada.

Os locais de atendimento internos e externos mencionados foram, respectivamente, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Centros de Passagem, e as vias públicas, como as praças do município, sem menção de outros equipamentos sociais, serviços ou outros setores, como da cultura, educação, lazer, entre outros, desvelando uma fragilidade no trabalho em rede e intersetorial.

Orientações dos serviços disponíveis. (P2)

Mesmos serviços da UBS. (P1)

Aproximar as pessoas em situação de rua da Atenção Básica. (P3)

Agendamento de consultas na atenção primária e especialidades. (P5)

Em relação aos obstáculos relacionados à prática do trabalho da equipe de Consultório na Rua evidencia-se que, dentre os desafios relatados, o de maior representatividade foi a queixa dos participantes de não terem o profissional médico na equipe, com a justificativa de que a presença desse aumenta a resolubilidade das demandas apresentadas pelos usuários e incorre na dependência de outros serviços, como o pronto-socorro.

Falta de médico na equipe. O médico aumenta a resolutividade e vínculo. (P3)

Como consequência da não composição do médico na equipe, há uma maior demanda por atendimentos desse profissional de outros serviços que são voltados aos atendimentos de pacientes com queixas agudas, prescrição de medicamentos, renovação de receitas e realização de encaminhamentos. Foi mencionado que são colocados entraves e posturas resistentes pelas diferentes equipes de saúde que compõem a rede de saúde como Unidades de Pronto de Atendimento (UPA), UBSs, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o que evidencia uma falta de compreensão não só do que seria o trabalho em rede, mas também dos princípios do SUS pelos diferentes equipamentos da RAS do município em análise.

Deixar de depender de outros serviços e ter acessos garantidos e sem burocracia.

(P4)

Foi declarada a falta de reuniões com a gestão municipal e com as UBS, equipe de saúde mental e Centro POP que antes aconteciam regularmente, promovendo maior interação entre os serviços, os profissionais e garantindo maior resolubilidade nas ações gerenciais e assistenciais executadas.

Não são feitas mais reuniões mensais entre a UBS, Saúde Mental e Centro Pop. (P5)

A falta de apoio da gestão apareceu em diferentes momentos, envolvendo não só a questão supracitada, mas também o não reconhecimento e valorização das atividades executadas pelo serviço e a não utilização de documentos institucionais, como protocolos assistenciais e procedimentos operacionais básicos, para apoio no cuidado prestado e até mesmo na articulação entre os serviços.

Outras situações expostas incluem as limitações do veículo utilizado para a realização das atividades itinerantes pela não acomodação de toda a equipe e dos insumos e materiais; a falta de insumos e materiais, bem como a suspensão de itens como água para dispensação aos pacientes, visando a redução de danos; a falta de conhecimento acerca das atribuições do Consultório na Rua por outros serviços e pela própria equipe; o preconceito com as pessoas em situação de rua e com a equipe de Consultório na Rua; a não aproximação com outras formas de atuação e de experiências exitosas; a presença da polícia nos centros de acolhida também foram informados.

Os participantes trouxeram ainda a ocorrência de restrição das atividades durante a pandemia de COVID-19, pois a equipe deixou de realizar atividades no território, as quais passaram a ficar restritas ao espaço físico do Núcleo de Saúde, ferindo de forma direta uma das diretrizes da PNPSR, que orienta que as atividades da equipe de Consultório na Rua devem ser realizadas de forma itinerante ^(29,30).

Com a pandemia a equipe não podemos sair para rua e ficamos com todas as nossas atividades sendo realizadas na UBS. (P1)

Ainda na etapa de observação da realidade, realizou-se também o levantamento das atividades e ações desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua por meio de relatórios gerados pelo sistema utilizado no serviço (Sistema MV) e controles manuais realizados pelos profissionais da equipe. Foi conduzida pela pesquisadora-mestranda, enfermeira e componente da equipe de Consultório na Rua em análise.

O levantamento do perfil dos pacientes cadastrados como pacientes em situação de rua foi realizado por meio de extração dos dados com consideração à Lei Geral de Proteção de Dados, com auxílio da equipe de Tecnologia de Informação e anuência da Comissão Científica da Secretaria de Saúde do município. Os dados obtidos contêm dados como idade, gênero, tempo em situação de rua, comorbidades associadas, uso de drogas, álcool, entre outras informações.

Com os profissionais da equipe do Consultório na Rua, foram levantadas as atividades desenvolvidas por cada profissional, com o objetivo de conhecer as atribuições, responsabilidades e estratégias adotadas e, posteriormente, foram digitadas em uma planilha eletrônica.

O levantamento dos dados de produção dos profissionais de nível superior foi feito por meio de exportação do sistema informatizado, bem como a relação de procedimentos realizados e cadastrados pelos profissionais. As ações e atividades foram extraídas individualmente, caracterizando assim o serviço executado por cada membro da equipe, além de quantificar cada atividade num período estimado. Alguns dados foram obtidos por meio de planilhas eletrônicas preenchidas manualmente e controladas pela enfermeira da equipe.

Na Tabela 1 apresenta-se os resultados referentes aos procedimentos realizados pela equipe de Consultório na Rua.

Tabela 1 – Procedimentos realizados pela equipe de Consultório na Rua entre os anos de 2019 a 2022, Bauru, SP, Brasil, 2023.

Procedimentos	2019	2020	2021	2022
Acolhimento / escuta inicial	52	1471	155	9
Acolhimento com classificação de risco	0	0	0	148
Aconselhamento pós testagem rápida para IST's	0	1	1	0
Administração de medicamentos	15	251	835	1
Aferição de sinais vitais	26	261	121	150
Agendamento de consulta/exame	0	3	33	0
Articulação em redes	0	0	1	9
Entrega de insumos (kit higiene oral, preservativos e biscoito)	6	58	11	8
Procedimento Administrativo	0	10	0	0
Busca ativa	33	296	310	109
Testagem rápida para ISTs e coleta de exames laboratoriais	108	814	470	29
Procedimentos de enfermagem (curativos, glicemia capilar, retirada de pontos, medição peso e altura, outros)	3	62	68	2
Redução de danos	0	10	41	0
Vacina	0	0	2841	7
Total	2263	5257	6908	2494

Dentre as atividades da técnica/auxiliar de enfermagem da equipe de Consultório na Rua cabem a realização de procedimentos de enfermagem sob a supervisão da enfermeira da equipe como: aferição de sinais vitais, administração de medicamentos, coleta de exames, curativos.

Já em relação às atividades da Enfermeira da equipe do Consultório na Rua, ressalta-se a supervisão das atividades exercidas pela auxiliar e técnica de enfermagem, bem como orientação acerca dos procedimentos executados por elas; participação em reuniões para discussão de casos; realização de consultas de enfermagem e testes rápidos; encaminhamento aos serviços de referência quando necessário; controle da efetividade do tratamento da tuberculose pulmonar e

aplicação do anticoncepcional injetável trimestral; realização de cronograma mensal de atividades da equipe; realização de pedido de materiais, entre outros.

Quanto às atividades da Assistente Social cita-se reuniões com os serviços da RAS para discussão de caso; contato com equipe de Abordagem Social para encaminhamento aos serviços de acolhimento do município (Albergue, Centro POP e casas de passagem) se desejo do paciente; elaboração de relatório socioeconômico para envio aos serviços da RAS.

Em relação às atividades da Agente Social, menciona-se a verificação se paciente se enquadra como novo cadastro; realização do cadastro; entrega de água mineral, preservativos e outros insumos (máscara, kit higiene oral adulto, sabonetes, creme de cabelo, absorvente); atualização de planilha de controle de pacientes cadastrados.

No que se refere às atividades da Psicóloga: acompanhamento de usuários com transtorno mental; articulação com os serviços da RAS e Secretaria do Bem-Estar Social (SEBES) – UBSs, UPAs, SAMU, CAPS, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Casa da Mulher, Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), Centro de Referência da Mulher (CRM); atendimento e encaminhamento da mulher vítima de violência aos serviços de referência (Casa da Mulher e CRM); elaboração de relatório de psicologia para envio aos serviços da RAS.

Quanto às atividades do condutor de veículo, cabem a condução da viatura, o direcionamento da equipe aos locais indicados e a manutenção da segurança no trânsito. Além disso, esse profissional auxilia os membros da equipe durante o transporte dos materiais e insumos até o veículo ou até o local de

acondicionamento dos mesmos, além da formação e manutenção do vínculo com o usuário.

Na Tabela 2 consta a quantidade de atendimentos realizados pelos profissionais de nível superior bem como tipo e local de atendimento, evidenciando que o profissional com maior número de atendimentos é o enfermeiro (43,8%) e que o acolhimento/escuta inicial é o tipo de atendimento mais realizado, sobretudo na rua.

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.

Variáveis		2019	2020	2021	2022	N (%)
Profissional	Enfermeiro	340	1927	1385	1055	4707 (43,8)
	Psicólogo	366	1683	1118	710	3877 (36,1)
	Assistente Social	302	693	695	468	2158 (20,1)
	Total	1008	4303	3198	2233	10742 (100)
Tipo de Atendimento	Consulta agendada programada	74	1650	1193	305	3222 (30,0)
	Escuta inicial / Orientação	932	2623	1981	1887	7423 (69,1)
	Consulta no dia	2	30	24	41	97 (0,9)
	Total	1008	4303	3198	2233	10742 (100)
Local de Atendimento	Unidade Básica de Saúde	44	197	257	224	722 (6,7)
	Unidade móvel	0	1	1	0	2 (0,0)
	Rua	803	2109	1734	806	5452 (50,8)
	Domicílio	0	1	14	1	16 (0,2)
	Outros	5	14	2	35	56 (0,5)
	Instituição/ Abrigo (Casas de Passagem, Albergue e Centro POP)	156	1981	1190	1167	4494 (41,8)
	Total	1008	4303	3198	2233	10742 (100)

Desde o início das atividades da equipe do Consultório na Rua, há o histórico de 1.113 pacientes cadastrados no serviço. No entanto, atualmente a população ativa é de 469 pacientes, sendo a maioria do sexo biológico masculino, idade variando entre 31 e 50 anos, com ensino fundamental, desempregados e com menos de seis meses em situação de rua, conforme Tabela 3.

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.

Variáveis		N (%)
Gênero	Feminino	109 (23,2)
	Masculino	360 (76,8)
Faixa etária	0 - 18	3 (0,6)
	19 - 30	61 (13)
	31 - 40	154 (32,9)
	41 - 50	153 (32,6)
	51 - 65	81 (17,3)
	65 ou mais	17 (3,6)
Escolaridade (atual ou maior nível frequentado)	Não informado	147 (31,3)
	Fundamental 5 ^a a 9 ^a	106 (22,6)
	Fundamental 1 ^a a 4 ^a	89 (19)
	Ensino médio especial	45 (9,6)
	Ensino médio, médio 2º ciclo	34 (7,2)
	Fundamental completo	22 (4,7)
	Nenhum	13 (2,8)
	Ensino fundamental EJA séries	5 (1,1)
	Ensino fundamental especial	4 (0,9)
	Creche	3 (0,6)
	Ensino médio EJA (supletivo)	1 (0,2)
Tempo em situação de rua	Menos de 6 meses	218 (46,5)
	De 6 a 12 meses	83 (17,7)
	De 1 a 5 anos	87 (18,5)
	Mais de 5 anos	81 (17,3)

Situação mercado de trabalho	Desempregado	348 (74,2)
	Não informado	64 (13,7)
	Não trabalha	32 (6,8)
	Aposentado e pensionista	24 (5,1)
	Assalariado com carteira	1 (0,2)

Em relação ao perfil de saúde dessa população, percebe-se que grande parte faz uso do tabaco (71%), álcool (69%) e outras drogas (61%), e a hipertensão arterial é a mais prevalente das doenças crônicas (Tabela 4).

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.

Variáveis		N (%)
Tabaco	Sim	332 (70,8)
	Não	98 (20,9)
	Não informado	39 (8,3)
Álcool	Sim	325 (69,3)
	Não	113 (24,1)
	Não informado	31 (6,6)
Outras drogas (Crack, maconha e cocaína)	Sim	285 (60,8)
	Não	136 (29)
	Não informado	48 (10,2)
Hipertensão	Sim	37 (7,9)
	Não	379 (80,8)
	Não informado	53 (11,3)
Diabetes	Sim	18 (3,8)
	Não	400 (85,3)
	Não informado	51 (10,9)
AVC/Derrame	Sim	10 (2,1)
	Não	393 (83,8)
	Não informado	66 (14,1)

Infarto	Sim	3 (0,6)
	Não	417 (88,9)
	Não informado	49 (10,5)
Doença Cardíaca	Sim	11 (2,3)
	Não	398 (84,9)
	Não informado	60 (12,8)
Transtornos Mentais	Sim	15 (3,2)
	Não	396 (84,4)
	Não informado	58 (12,4)

Vale mencionar, também, que a afecção que mais acomete esses indivíduos é a Sífilis, seguida da Hepatite C, diagnosticados sobretudo por meio de teste rápido.

Diante do contato com a realidade, atribui-se como principais problemas observados a falta de conhecimento a respeito do processo de trabalho e das atribuições da equipe Consultório na Rua por parte dos serviços que compõem a RAS; a falta de flexibilização dos serviços da RAS quanto ao acesso da equipe Consultório na Rua fora dos horários estabelecidos segundo a rotina da unidade, mediante necessidades emergenciais; a falta de mapeamento do território; a falta de disponibilização de itens indispensáveis voltados à redução de danos como a liberação de compra de água mineral; e a falta de elaboração de protocolo de atendimento a fim de estabelecer a padronização das principais atividades.

Logo, destaca-se a ausência de um plano de ação com estratégias para promover o aprimoramento da realidade de trabalho da equipe de Consultório na Rua, considerando se tratar de um serviço relativamente novo no município.

4.2. Pontos-chave

Nesta etapa, os participantes são levados à reflexão sobre a existência do problema e suas possíveis causas, havendo necessidade de um olhar mais criterioso e crítico para encontrar a solução através de pontos essenciais (55). Foi proposto ao grupo a discussão sobre as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua, identificando as principais fortalezas e fragilidades, problemas e possíveis de causas.

Percebeu-se uma confusão acerca das atividades que uma equipe de Consultório na Rua desenvolve, mantendo-se de alguma forma certo desconhecimento de seu escopo de trabalho e dos princípios que regem a PNAB. Há um foco no levantamento de atividades técnicas embebidas no modelo biomédico, com pouca ou nenhuma consideração aos modelos tecno-assistenciais defendidos pela Política Nacional de Humanização (PNH), como o acolhimento e a clínica ampliada. Dessa forma, não foram identificados os efeitos das ações e estratégias utilizadas pela equipe de Consultório na Rua no Cuidado à pessoa em situação de rua.

Apesar dos participantes relatarem o desconhecimento do trabalho da equipe de Consultório na Rua antes de atuarem em uma, declararam que a equipe deve ser composta por profissionais motivados para o propósito de um Consultório na Rua.

Corroborando ao apresentado acerca das atividades realizadas e do possível modelo de atenção à saúde utilizado pela equipe, pode-se supor que há uma compreensão de que a presença do profissional médico tornaria a equipe autossuficiente ou com menos necessidade de articulação com outros serviços.

A equipe apresentou com segurança e conhecimento o seu papel no que tange às ações individuais, contudo não foram apontadas atividades coletivas, de educação em saúde, ações em rede e intersetoriais, exceto com o serviço de assistência social. Diante do exposto, evidenciou-se a necessidade de dialogar com a equipe sobre os marcos teóricos, conceituais e possibilidades de práticas desenvolvidas no Consultório na Rua.

4.3. Teorização

Na Terceira etapa, é realizada a teorização, que compreende o estudo da investigação realizada, por meio de embasamento científico as informações levantadas são avaliadas e analisadas visando a contribuição na solução do problema, sob a forma de registros que permearão a próxima etapa ⁽⁴³⁾.

Foi realizada uma exposição dialogada com a enfermeira com expertise na área. A exposição foi intitulada: “Consultório na Rua: marcos teóricos, conceituais e possibilidades de práticas”.

Os participantes participaram ativamente e foi possível promover uma discussão acerca dos marcos teóricos, conceituais e práticos do processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua.

4.4. Hipóteses de solução

Nessa etapa, ocorre a compreensão do contexto e coletivamente são construídas críticas e possíveis hipóteses para soluções dos problemas, enfocando todas as possibilidades do que é preciso acontecer, providenciar e o que pode ser realizado ⁽⁵⁵⁾.

Dentre as práticas elencadas como possíveis de serem desenvolvidas e implementadas pela equipe de Consultório na Rua e que facilitariam o trabalho de atendimento aos pacientes, destacam-se: a melhor organização das atividades da equipe e a definição de um roteiro e itinerário prévio de visitas possibilitando otimizar o tempo de atuação externa da equipe nas visitas aos locais de atendimento.

Ao serem perguntados sobre o que cada um gostaria de construir, considerando o processo de trabalho dessa equipe e a exposição dialogada realizada nas oficinas, disseram que gostariam de mudar a rotina “empobrecida” e de colocar em prática novas ações como, o desenvolvimento das atividades coletivas, de educação em saúde, ações em rede e intersetoriais.

Citaram, ainda, que gostariam que fosse trabalhada a divulgação da equipe de Consultório na Rua, utilizando-se, inclusive, recursos visuais como a confecção de cartazes, folders e banners junto aos usuários e demais serviços e setores. Também foi mencionada a territorialização como item primordial para o planejamento das ações e o atendimento das reais necessidades dessa população.

Em relação ao que conheceram e sentiram durante o desenvolvimento das etapas anteriores, alguns participantes citaram a oportunidade de conhecer o histórico do Consultório na Rua, a sensação de pertencimento, a promoção de novos conhecimentos e a importância de conhecer outras experiências. Foram mencionadas a percepção de que “hoje eram uma equipe”, a satisfação por estarem participando da Oficina de Trabalho, a alegria de poder conhecer outras ideias que pudessem ser incluídas no processo de trabalho e de como é enriquecedor saber que podem fazer outras ações e conseqüentemente melhorar a qualidade do atendimento.

Os participantes relataram a necessidade de se obter dados para embasar a prática do trabalho, e o sentimento de angústia e tristeza por entenderem que estão

contribuindo pouco para o cuidado à pessoa em situação de rua. Destacaram a necessidade de sair da “zona de conforto” e a sensação de que a Oficina de Trabalho deu um “chacoalhão” na equipe, ao mesmo tempo que despertou a vontade de fazer a diferença e a identificação do grupo como equipe. Diante do exposto, o grupo apresentou como hipótese de solução a construção coletiva de um Plano de Ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua.

4.5. Aplicação à realidade

Na última etapa, as decisões tomadas precisam ser encaminhadas e executadas, como um caminho do estudo realizado para aplicação prática da proposta (55). Foram elencados dois produtos técnicos, sendo um Fluxograma para ilustração do fluxo das atividades do serviço (Figura 2) e um Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua (Quadro 2), que serão apresentados à gestão municipal.

O primeiro produto técnico consistiu na construção de um Fluxograma Institucional representando o processo de trabalho executado pela equipe Consultório na Rua, utilizando a plataforma de design Canva ⁽⁵⁶⁾, com o objetivo de realizar sua apresentação aos diferentes serviços da RAS, demonstrando o fluxo de atendimento dos usuários.

O segundo produto técnico consistiu na elaboração de um plano de ação que apresenta estratégias de alta, média e baixa governabilidade da equipe, sendo que os itens de alta governabilidade serão desdobrados em reuniões internas para início imediato. Os itens de baixa e média governabilidade serão encaminhados aos gestores municipais como proposta de implantação.

4.6 Produção Técnica

4.6.1 Produto 1: Fluxograma de atendimento à pessoa em situação de rua no município de Bauru

Título: Fluxograma de atendimento à pessoa em situação de rua no município de Bauru

Equipe Técnica: Mestranda Ângela Domingues dos Santos, orientadora Rúbia de Aguiar Alencar, Coorientador Lucas Cardoso dos Santos, e equipe multiprofissional participante do serviço Consultório na Rua do Município de Bauru.

Introdução:

Um fluxograma é uma representação gráfica que ilustra as etapas, sequências e decisões de um processo ou fluxo de trabalho, sendo uma ferramenta com capacidade de planejar, visualizar, documentar e otimizar processos em diversas áreas de conhecimento. Aplicado a processos de trabalho, o fluxograma torna-se uma ferramenta útil para a comunicação, permitindo que todos os envolvidos compreendam visualmente as etapas e atividades envolvidas em cada operação ^(57,58).

Descrição do Produto:

Trata-se de uma tecnologia instrucional.

Tipo e Natureza da produção técnica:

Meio de divulgação: (X) impresso () meio magnético (X) meio digital () filme () hipertexto

Finalidade do produto:

Ampliar a divulgação do papel da equipe do Consultório na Rua entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

Registro do produto:

Na forma de documento institucional na Secretaria de Saúde do Município.

Desenvolvimento do produto:

O produto foi desenvolvido por meio da problematização fundamentada no Arco de Charles Maguerez, utilizando-se das cinco etapas (Observação do problema, Pontos Chave, Teorização, Hipóteses de solução e Aplicação à realidade), permitindo desenvolver nos participantes uma visão crítica, reflexiva e eficaz na resolução de problemas reais ⁽⁴³⁾.

O método de pesquisa fundamentada no Arco de Charles Maguerez permitiu desenvolver entre os participantes a identificação dos problemas acerca das atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua, e a discussão em grupo identificar as fortalezas e fragilidades, problemas e possíveis causas, bem como reflexão e sugestão de ações que potencializam as ações da equipe do Consultório na Rua. O fluxo de atendimento foi construído de forma colaborativa no decorrer da pesquisa, com a realização de seminários e reuniões online entre pesquisadores e equipe Consultório na Rua. Dentre as ações propostas, está ampliar a divulgação do papel da equipe Consultório na Rua dentre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, sendo elaborado o Fluxograma para apresentar o processo de trabalho da equipe às unidades.

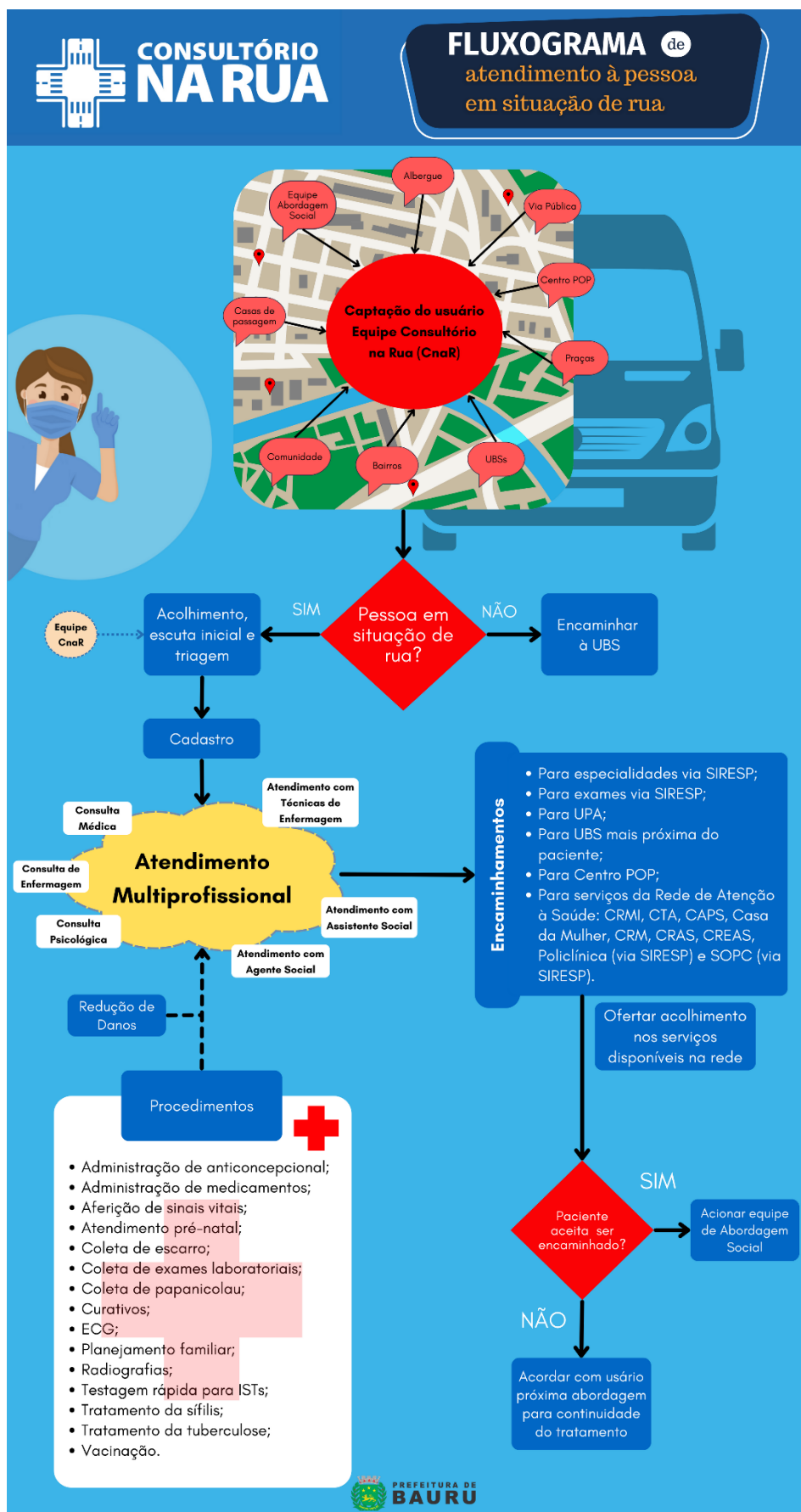


Figura 2: Fluxograma de atendimento à pessoa em situação de rua no município de Bauru

4.6.2 Produto 2: Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua

Título: Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua

Equipe Técnica: Mestranda Ângela Domingues dos Santos, orientadora Rúbia de Aguiar Alencar, Coorientador Lucas Cardoso dos Santos, e equipe multiprofissional participante do serviço Consultório na Rua do Município de Bauru.

Introdução:

O Plano de Ação é uma ferramenta essencial para a gestão eficaz de qualquer organização, fornecendo um roteiro claro para alcançar objetivos específicos dentro de um prazo definido. O plano de ação pode melhorar a comunicação e a colaboração dentro da organização, e ao estabelecer metas claras e compartilhá-las com todos os membros da equipe, a organização pode garantir que todos estejam na mesma direção e nos mesmos objetivos ⁽⁵⁹⁾.

A implementação de um plano de ações pode trazer vários benefícios para a organização, como o aumento na produtividade e na eficiência, à medida que todos entendem seu papel e como suas ações contribuem para o alcance dos objetivos ⁽⁵⁹⁾.

Descrição do Produto:

Plano de ação detalhado e apresentado no formato de quadro, contendo 13 objetivos e 22 ações estratégicas.

Tipo e Natureza da produção técnica:

Meio de divulgação: (X) impresso () meio magnético (X) meio digital () filme () hipertexto

Finalidade do produto:

Orientar e definir as ações necessárias para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua de Bauru.

Registro do produto:

Na forma de documento institucional na Secretaria de Saúde do Município.

Desenvolvimento do produto:

O produto foi desenvolvido por meio da problematização fundamentada no Arco de Charles Maguerez, utilizando-se das cinco etapas (Observação do problema, Pontos Chave, Teorização, Hipóteses de solução e Aplicação à realidade), permitindo desenvolver nos participantes uma visão crítica, reflexiva e eficaz na resolução de problemas reais ⁽⁴³⁾.

O plano de ação foi construído de forma colaborativa no decorrer da pesquisa, com a realização de seminários e reuniões online entre pesquisadores e equipe Consultório na Rua. O método de pesquisa fundamentada no Arco de Charles Maguerez permitiu desenvolver, entre os participantes, a identificação dos problemas acerca das atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua. A discussão em grupo identificou fortalezas e fragilidades, problemas e possíveis causas, bem como reflexão e sugestão de ações que potencializam as atividades da equipe do Consultório na Rua.

Quadro 2 - Plano de ação para potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua. Bauru, SP, Brasil, 2023

Objetivos	Estratégias	Governabilidade (Baixa, Média, Alta)	Aprazamento Curto - 3 meses Médio - 6 meses Longo - 12 meses	Responsável
1. Ampliar divulgação do papel da equipe Consultório na Rua dentre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde.	1.1. Elaboração de Fluxograma	Alta	Curto	Equipe Consultório na Rua
	1.2. Realizar visitas nas UBSs, UPAs, SAMU, CAPS, Policlínica, CTA, SOPC, Casa da Mulher/AGAR, CRMI, CRAS e CREAS para apresentação da equipe e de seu processo de trabalho com exposição do fluxograma.	Média	Médio	Chefias e equipe Consultório na Rua
2. Facilitar o acesso da equipe Consultório na Rua aos serviços da Rede de Atenção à Saúde por meio da flexibilização do atendimento aos pacientes fora dos horários pré-estabelecidos e maior abertura das unidades para uso da equipe de acordo com a necessidade.	2.1. Sugerir implantar orientação emanada da Secretaria Municipal de Saúde para flexibilização dos atendimentos a pacientes em situação de rua e suporte à equipe Consultório na Rua.	Médio	Médio	Chefias, equipe Consultório na Rua, profissionais médicos e de enfermagem dos serviços
	2.2. Ministras palestra para conscientização dos profissionais que compõem os serviços quanto ao perfil dos usuários atendidos pela equipe do Consultório na Rua e quanto a imprevisibilidade das demandas que se apresentam ao serviço.	Média	Média	Chefias, equipe Consultório na Rua, profissionais médicos e de enfermagem dos serviços
	2.3. Ministras palestra para conscientização dos profissionais que compõem os serviços quanto às limitações do serviço considerando sua estrutura física.	Média	Média	Chefias, equipe Consultório na Rua, profissionais médicos e de enfermagem dos serviços

3. Ter profissional médico na equipe para atendimento imediato das demandas apresentadas pelos pacientes.	3.1. Apresentar à diretoria de saúde (DUA) a importância do profissional na equipe e as implicações decorrentes de sua falta no serviço.	Alta	Curto	Chefia direta, equipe Consultório na Rua e Diretoria DUA
4. Realizar reuniões periódicas com a Diretoria da Saúde Mental e com a Secretaria do Bem-Estar Social.	4.1. Solicitar a retomada da realização de reuniões periódicas junto à direção desses serviços para planejamento de estratégias e discussão sobre as dificuldades e limitações da equipe.	Média	Médio	Chefia direta, equipe Consultório na Rua, Diretoria da Saúde Mental e Diretoria da Secretaria do Bem-Estar Social
5. Realizar encontros mensais entre a equipe Consultório na Rua e equipes da UBS, equipe de Saúde Mental e Centro Pop.	5.1. Solicitar a retomada da realização de encontros mensais entre equipe Consultório na Rua e equipes da UBS, equipe de saúde mental e Centro POP para discussão de casos, planejamento de estratégias de atendimento e discussão sobre as limitações dos serviços envolvidos.	Média	Médio	Equipe Consultório na Rua e chefia dos serviços
6. Definir roteiro e itinerário prévio de visitas, com eleição diária dos pacientes a serem visitados.	6.1. Discutir em reunião semanal o planejamento das ações para definição de itinerário.	Alta	Curto	Equipe Consultório na Rua
	6.2. Elencar diariamente os pacientes a serem visitados conforme a priorização dos casos.	Alta	Curto	Equipe Consultório na Rua
7. Ampliar mapeamento do território, com estabelecimento prévio dos bairros a serem visitados.	7.1. Realizar mapeamento de território conferindo ampliação da abrangência dos bairros a serem visitados.	Alta	Médio	Equipe Consultório na Rua
8. Capacitar equipe e realizar visitas a equipes de Consultório na Rua de outros municípios para troca de experiências.	8.1. Elaborar plano de capacitação da equipe de acordo com as necessidades apresentadas.	Alta	Curto	Equipe Consultório na Rua
	8.2. Promover capacitação da equipe periodicamente, de acordo com as necessidades apresentadas.	Média	Médio	Chefia direta, equipe Consultório na Rua e DGTES

	8.3. Realizar visitas a equipes de Consultório na Rua de outros municípios para troca de experiências e aprendizagem.	Média	Curto	Chefia direta e equipes envolvidas
9. Sistematizar o atendimento aos pacientes com doenças crônicas. Atualmente os pacientes identificados como portadores de HAS, Diabetes, Hepatites Virais, HIV e transtornos mentais não possuem acompanhamento periódico controlado.	9.1. Realizar controle sistemático dos usuários portadores de Hepatites Virais, HIV e transtornos mentais, através de planilha a ser elaborada, para acompanhamento dos pacientes atendidos e dos pacientes faltosos nas consultas dos serviços especializados por meio do sistema SIRESP, após liberação de senha e login de acesso ao sistema.	Média	Curto	Chefia imediata, equipe Consultório na Rua e Gestor do SIRESP
	9.2. Elaborar protocolo de atendimento e acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos a fim de otimizar o seguimento desses indivíduos.	Alta	Médio	Equipe Consultório na Rua e Setor de Protocolos
10. Disponibilizar itens básicos voltados à redução de danos, com a liberação de compra de água mineral.	10.1. Solicitar compra de água mineral por meio de sistema próprio de requisição.	Baixa	Médio	Chefia imediata, equipe Consultório na Rua e Diretoria
11. Flexibilizar a liberação de vagas por parte dos serviços de acolhimento, visto que atualmente existem muitos entraves na tentativa de encaminhamento de pacientes.	11.1. Discutir essa problemática com a Diretoria da SEBES visando amenizar tais dificuldades no encaminhamento de usuários aos serviços de acolhimento da rede.	Baixa	Médio	Chefia imediata, equipe Consultório na Rua e Diretoria da SEBES.
12. Planejar atividades intersetoriais artísticas, culturais, esportivas e de educação em saúde, que poderão ser realizadas, também, com a parceria de outros serviços.	12.1. Elaborar plano de atividades a fim de promover educação em saúde à população de rua, respeitando os meses comemorativos conforme calendário.	Alta	Curto	Equipe Consultório na Rua
	12.2. Construir plano de atividades a serem elaboradas, especialmente, pelo serviço psicossocial, envolvendo temáticas como saúde mental, dependência química, etilismo e reintegração familiar.	Alta	Curto	Equipe Consultório na Rua

	12.3. Realizar parceria com a Secretaria da Cultura do município para o desenvolvimento de atividades junto à população de rua.	Média	Médio	Chefia imediata, equipe Consultório na Rua e gestor da Secretaria da Cultura
13. Elaborar protocolo de atendimento a fim de estabelecer a padronização das principais atividades.	13.1. Desenvolver protocolos operacionais padrão com intuito de sistematizar a execução das atividades de forma padronizada, assim como desenvolver documentos norteadores para o trabalho da equipe.	Alta	Médio	Equipe Consultório na Rua e Setor de protocolos

SIGLAS: CAPS (Centros de Atenção Psicossocial); Casa da Mulher/AGAR: (Ambulatório de Gestação de Alto Risco); CRAS (Centros de Referência de Assistência Social); CREAS (Centros de Referência Especializados de Assistência Social); CRMI (Centro de Referência em Moléstias Infeciosas); CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento); DUA (Departamento de Unidades Ambulatoriais); DGTES (Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde); SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); SIRESP (Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo); SOPC (Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer); UBSS (Unidades Básicas de Saúde); UPAs (Unidades de Pronto Atendimento).

5. DISCUSSÃO

As políticas públicas de saúde são ferramentas essenciais para induzir mudanças positivas na prática dos serviços, promover a saúde e o bem-estar da população e, nesse contexto, a Política Nacional para a População em Situação de Rua representa um marco importante na história do atendimento da população em situação de rua, estabelecendo diretrizes para garantir o acesso a serviços públicos essenciais e promover a inclusão social. No entanto, apesar dos avanços, ainda persistem desafios na efetivação dessas políticas ^(60,61).

A complexidade das necessidades e demandas das pessoas em situação de rua requer uma abordagem integrada e sensível que considere não apenas as questões de saúde, mas também as dimensões sociais, econômicas e culturais. É imperativo estabelecer práticas que levem em conta as especificidades dessa população, criando modelos adequados que tornem o acolhimento desses usuários a questão central, superando as barreiras de acesso aos serviços de saúde e garantindo cuidados preventivos, tratamento de doenças, acompanhamento psicossocial, abrigo, alimentação e outros serviços essenciais ^(3,61-63).

A estigmatização e o preconceito enfrentados pelas pessoas em situação de rua representam um obstáculo significativo no acesso aos serviços de saúde, refletindo em desafios na continuidade do cuidado e na adesão aos tratamentos. A burocracia e a rigidez dos serviços de saúde podem reforçar a exclusão e a marginalização dessa população, evidenciando a necessidade de abordagens sensíveis e adaptadas para garantir a equidade no atendimento. Além disso, o estigma institucional presente nos serviços de saúde pode agravar a vulnerabilidade psicossocial das pessoas em situação de rua, impactando negativamente sua

autoestima, saúde mental e bem-estar, reforçando a importância de práticas humanizadas e inclusivas para promover a dignidade e o respeito ^(23,64).

A inclusão social e a reintegração profissional das pessoas em situação de rua são desafios complexos, influenciados diretamente pelo estigma e preconceito presentes na sociedade. A necessidade de políticas públicas e práticas de saúde que combatam o estigma, promovam a inclusão e garantam o acesso equitativo aos serviços é fundamental para romper com o ciclo de exclusão e vulnerabilidade enfrentado por essa população. A sensibilização dos profissionais de saúde, a flexibilização dos serviços e a promoção de abordagens humanizadas são essenciais para superar as barreiras impostas pelo estigma e preconceito, visando a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para todos ^(23,64).

As equipes de Consultório na Rua desempenham um papel essencial para estabelecer vínculos duradouros com os usuários e acompanhá-los ao longo do tempo e em diferentes contextos, atendendo às necessidades complexas e multifacetadas dessa população. A longitudinalidade do cuidado, que se refere à capacidade de acompanhar o paciente ao longo do tempo, é fundamental para essa população que frequentemente enfrenta desafios de acesso aos serviços de saúde, e as equipes de Consultório na Rua ao estabelecerem uma presença constante e consistente nas vidas desses usuários contribuem significativamente para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de condições crônicas e acompanhamento psicossocial ^(65–68).

As equipes de Consultório na Rua facilitam o acesso aos serviços de saúde e assistência social, atuando como mediadores entre a população em situação de rua e as instituições de saúde, uma intermediação que garante aos usuários receber atendimento contínuo e adequado, mesmo diante das barreiras estruturais e sociais

que enfrentam. A presença constante das equipes de Consultório na Rua também contribui para a construção de vínculos de confiança e para o estabelecimento de uma relação de cuidado e acolhimento, fatores fundamentais para a efetividade das intervenções em saúde. A confiança mútua entre os usuários e os profissionais permite que os indivíduos se sintam confortáveis em buscar assistência, compartilhar suas necessidades e aderir aos tratamentos propostos ^(65–68).

As equipes de Consultório na Rua enfrentam uma série de desafios inerentes à complexidade e especificidade da atividade, e dentre os mais significativos destaca-se a necessidade de lidar com as múltiplas vulnerabilidades apresentadas por esse grupo, que vão desde questões de saúde física e mental até problemas relacionados à exclusão social, violência, abuso e dependência de substâncias e precariedade das condições de vida. Além disso, a falta de moradia, o acesso limitado aos serviços de saúde e a descontinuidade no cuidado devido à mobilidade e instabilidade dessa população também representam obstáculos significativos para as equipes de Consultório na Rua ^(67–69).

A necessidade de construir vínculos terapêuticos sólidos, que considerem as particularidades e necessidades específicas dessa população, também se apresenta como um desafio constante para as equipes de Consultório na Rua. Contudo, a alta rotatividade e escassez de profissionais dificulta a continuidade e qualidade do cuidado prestado, bem como a construção de vínculos de confiança com a população atendida, exigindo a implementação de políticas e ações que visem promover a estabilidade e qualificação das equipes ^(40,67–69).

A problemática de indivíduos desabrigados, que não têm outra opção senão a sua permanência no espaço da rua é uma questão social antiga, e as equipes de Consultório na Rua são relativamente novas e desconhecidas dentre os setores da

atenção primária. Os profissionais que atuam nessas equipes não são preparados para a atividade, sendo migrados de outros setores para desempenhar suas tarefas como se estivessem em um consultório da unidade básica, contudo, numa equipe de Consultório na Rua, o consultório é a via pública, a maca, o banco da praça, e o paciente que precisa de atendimento não deseja ser acolhido.

É fato que as atividades desempenhadas pelas equipes de Consultório na Rua possuem singularidades não evidenciadas em outros setores da atenção primária, em especial no atendimento do paciente no espaço em que se encontra, por meio de acolhimento e construção de vínculos de confiança e, assim como qualquer outro serviço, os desafios e dificuldades precisam ser superados por meio de capacitação, planejamento e implementação de estratégias de atendimento.

A capacitação das equipes que atuam nos Consultórios na Rua é um aspecto fundamental para o enfrentamento dos desafios inerentes ao cuidado da população em situação de rua. A literatura destaca a importância da formação continuada, sensibilização e desenvolvimento de competências específicas, incluindo habilidades de abordagem humanizada, construção de vínculos terapêuticos, gestão de casos complexos e articulação intersetorial ^(38,70).

Além disso, a formação deve contemplar aspectos relacionados à compreensão das particularidades e desafios enfrentados pela população em situação de rua, tais como estigma, discriminação, violência, abuso de substâncias e transtornos mentais. Outras áreas de capacitação incluem temas como saúde mental, redução de danos, políticas sociais, direitos humanos e a sensibilização para questões sociais e culturais, bem como abranger aspectos relacionados ao trabalho em equipe, a promoção de habilidades de comunicação e resolução de conflitos ^(39,67,68,71).

As equipes de Consultório na Rua enfrentam desafios significativos no trabalho intersetorial, que impactam diretamente na efetividade do cuidado prestado à população em situação de rua. Este trabalho envolve a articulação e integração dos diferentes setores e políticas públicas visando atender às necessidades complexas e multifacetadas dessa população vulnerável. No entanto, a concretização desse trabalho intersetorial enfrenta obstáculos que vão desde questões estruturais até desafios relacionados à cultura organizacional e à coordenação entre os diversos atores envolvidos nestes serviços ^(36,40,67,69,72).

A atuação multiprofissional no atendimento à pessoa em situação de rua tem por direcionamento proporcionar um cuidado integral e abrangente, desse modo, suas ações não estão centradas num modelo biomédico. A interdisciplinaridade permite que profissionais de diferentes áreas, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, desenvolvam ações e cuidados em saúde e no âmbito psicossocial de forma integrada e complementar. Através dessa abordagem colaborativa, é possível oferecer suporte emocional, orientação educativa, encaminhamentos para serviços especializados, promoção da saúde e prevenção de doenças, demonstrando que a equipe multiprofissional é capaz de atender às necessidades complexas e variadas da população em situação de rua com eficácia e humanização quando não há na equipe a figura do profissional médico.

É fundamental o empoderamento dessas categorias profissionais para que atuem como protagonistas na busca de uma nova realidade que não seja centrada no modelo biomédico culturalmente arraigado, hegemônico, curativista e fragmentado. É preciso um novo fazer em saúde, mais humanizado, fluido e resolutivo, que rompa paradigmas e contemple diferentes saberes, promovendo uma atenção mais qualificada, corresponsável e integral.

A falta de articulação e integração efetiva entre os diferentes setores e políticas públicas, a fragmentação e a falta de comunicação entre os serviços de saúde, assistência social, habitação, segurança pública e outros setores impactam negativamente a continuidade do cuidado e a oferta de serviços integrados e abrangentes para a população em situação de rua. A superação de barreiras estruturais e culturais é necessária para viabilizar o trabalho intersetorial das equipes de Consultório na Rua. Diferentes lógicas de funcionamento, normativas e objetivos entre os diversos setores e serviços dificultam a construção de parcerias e alianças efetivas, comprometendo a oferta de uma assistência integral e integrada à população em situação de rua ^(36,40,67,69,72).

Além disso, a construção de uma visão compartilhada e comprometida com a promoção da saúde e do bem-estar da população em situação de rua é outro desafio relevante no trabalho intersetorial das equipes de Consultório na Rua. A necessidade de sensibilizar e engajar os diferentes atores e gestores públicos em torno da importância da atuação integrada e coordenada para atender às demandas dessa população vulnerável requer estratégias de *advocacy* e mobilização social, bem como a promoção de espaços de diálogo e negociação entre os diversos setores e serviços ^(36,40,67,69,72).

Estudos abordam a importância das reuniões de equipe no contexto do Consultório na Rua como um mecanismo central para a produção de um cuidado mais integrado e eficaz, destacando-as como momentos fundamentais para a organização, planejamento e discussão de casos, promovendo a construção de horizontes comuns entre os profissionais. As reuniões representam um momento importante de organização da agenda, pactuação de estratégias e ações, e discussão de casos, uma vez que é o momento em que todos os profissionais estão presentes. Essas

reuniões não apenas permitem a discussão de casos específicos, mas também possibilitam a revisão e ajuste do quadro mensal de organização do trabalho de acordo com as demandas emergentes (36,68,73).

A equipe de Consultório na Rua do Município de Bauru não está à margem desse contexto das especificidades do processo de trabalho, desafios e dificuldades. O presente estudo envolveu os profissionais da equipe nas oficinas de trabalho e em reuniões de discussão visando potencializar as atividades desenvolvidas, bem como promover a construção de ações e estratégias direcionadas ao atendimento e processo de trabalho. Um dos produtos desta pesquisa foi a produção participativa de um plano de ação contendo 13 objetivos, desdobrados em 22 ações estratégicas de governabilidade baixa, média ou alta, e em curto, médio ou longo prazo de implantação.

Os 13 objetivos propostos no presente estudo estão alinhados às políticas de atendimento à pessoa em situação de rua, quanto à necessidade de superar as diversas barreiras identificadas no acolhimento, atendimento e inserção da pessoa em situação de rua nos serviços da RAS. Estes objetivos estão relacionados às perspectivas da intersetorialidade (seis ações; 46%), do processo de trabalho (quatro ações; 31%), da equipe de trabalho (duas ações; 15%) e do âmbito da administração institucional (redução de danos - uma ação; 8%).

Na perspectiva de **intersetorialidade**, as ações propostas visam fortalecer a efetivação de políticas públicas de saúde, promovendo uma maior integração entre os diferentes setores da saúde com foco no acolhimento e assistência aos pacientes. Compreender a importância e a necessidade deste serviço, flexibilizar o atendimento aos pacientes fora dos horários pré-estabelecidos e a maior abertura das unidades para uso da equipe são medidas que podem facilitar o acesso da equipe Consultório

na Rua aos serviços da Rede de Atenção à Saúde. As reuniões periódicas com os diferentes setores promovem a comunicação e a colaboração permitindo que as equipes compartilhem experiências, discutam desafios e desenvolvam estratégias conjuntas para melhorar o atendimento aos pacientes.

A flexibilização da liberação de vagas por parte dos serviços de acolhimento é uma medida que pode ajudar a superar os entraves existentes na tentativa de encaminhamento de pacientes, e por fim, o planejamento de atividades intersetoriais artísticas, culturais, esportivas e de educação em saúde, que poderão ser realizadas também com a parceria de outros serviços, é uma excelente maneira de envolver os pacientes e promover a saúde de uma maneira mais holística.

Na perspectiva de **processo de trabalho**, as ações propostas visam otimizar as atividades da equipe, melhorando a eficiência e a eficácia do atendimento aos pacientes. A definição de um roteiro e itinerário prévio de visitas, com a eleição diária dos pacientes a serem visitados, permite um planejamento mais eficaz e uma distribuição mais equitativa dos recursos da equipe. A ampliação do mapeamento do território, com o estabelecimento prévio dos bairros a serem visitados, garante que a equipe tenha uma compreensão abrangente da área em que está trabalhando, permitindo que identifique e atenda às necessidades específicas de cada local e região do município.

A sistematização do atendimento aos pacientes com doenças crônicas poderá promover a melhoria na gestão dessas condições por meio de um plano de cuidado mais focado e a otimização da assistência a esses usuários, considerando que atualmente os pacientes identificados como portadores de HAS, Diabetes, Hepatites Virais, HIV e transtornos mentais não possuem acompanhamento periódico controlado. E por fim, a elaboração de um protocolo de atendimento para estabelecer

a padronização das principais atividades poderá garantir que todos os membros da equipe estejam alinhados em relação às melhores práticas e aos procedimentos a serem seguidos, promovendo a consistência e a qualidade do atendimento.

Na perspectiva de **equipe de trabalho**, a capacitação de uma equipe de Consultório na Rua é uma tarefa ampla, de longo prazo e continuada, que requer uma abordagem holística e humanizada, considerando as diferentes habilidades necessárias ao atendimento da pessoa em situação de rua. A realização de visitas a equipes de Consultório na Rua de outros municípios é uma excelente oportunidade para troca de experiências, permitindo observar as melhores práticas e aprender com os sucessos e desafios de outras equipes, aplicando essas lições em seu próprio contexto. A presença do profissional médico na equipe é fundamental para o atendimento das demandas imediatas de saúde apresentadas pelos pacientes, sendo que a contratação e alocação desse profissional na equipe já foi implementada pelo município no decorrer desta pesquisa.

A única ação de perspectiva da **Administração Institucional** é a de redução de danos com a disponibilização de itens básicos, em especial a liberação de compra de água mineral. A água mineral não só proporciona a manutenção de uma hidratação adequada, como também pode auxiliar na prevenção de doenças transmitidas pelo consumo de água contaminada. Além disso, atua na prevenção da desidratação ocasionada pela ingestão excessiva de bebida alcoólica. A disponibilização desses itens demonstra o compromisso da equipe em promover a saúde, segurança e bem-estar dos pacientes.

Sobre as limitações da pesquisa, tem-se que a problematização e construção dos objetivos propostos para potencializar as atividades são exclusivas da equipe Consultório na Rua de Bauru, não sendo possível afirmar que é uma realidade

e de assertiva utilização por equipes de outros municípios. Inclui-se como limitação a ausência de outros setores da RAS na discussão dos problemas e construção participativa de ações direcionadas à melhoria do atendimento às pessoas em situação de rua.

Como sugestão de pesquisas futuras, destaca-se a necessidade de realização de novos estudos sobre as especificidades do trabalho das equipes de Consultório na Rua, permitindo identificar as necessidades de capacitação desses profissionais e a efetividade das estratégias utilizadas.

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_ rua.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://bvsms.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, Ballesteros 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 Edue; 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/villard-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/?IsisScript=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_ rua.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.

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Ações e estratégias desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua.

Você está sendo convidado para participar de quatro oficinas que constituem na etapa de pesquisa-ação da dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, da pós-graduanda Ângela Domingues dos Santos. As informações existentes nesse documento são para compreender os objetivos da pesquisa, sabendo que sua participação será VOLUNTÁRIA. Se, durante a leitura deste documento houver alguma dúvida, você poderá fazer perguntas para que possa compreender perfeitamente do que se trata a pesquisa. Após estar esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assinale ao final deste documento, a opção “Eu concordo em participar dessa pesquisa”. Caso não aceite, assinale a opção “Eu não concordo em participar dessa pesquisa”.

- **Informações sobre a pesquisa:**

Pesquisadora: Ângela Domingues dos Santos

Orientadora: Profa. Dra. Rubia de Aguiar Alencar

Coorientador: Prof. Dr. Lucas Cardoso dos Santos

Instituição: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

- **Finalidade da pesquisa:** O estudo tem por objetivo conhecer o processo de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua e promover discussão a partir dos marcos teóricos, conceituais e práticos envolvendo o tema com vistas a trazer melhorias ao processo de trabalho da Equipe de Consultório na Rua.
- **Procedimentos:** A coleta de dados que contará com sua participação ocorrerá por meio de quatro oficinas de trabalho com tempo variável de duração, de forma presencial ou com uso de um sistema de videoconferência e outras ferramentas para comunicação à distância, audiogravadas e com intervalos a serem programados sempre a cada encontro, sem prejuízo para suas atividades pessoais ou profissionais.
- **Participação:** Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.
- **Riscos e Benefícios da pesquisa:** Os riscos são mínimos, pois todos os dados informados serão criteriosamente analisados e o anonimato mantido. Os benefícios referem-se à contribuição do estudo para a melhoria das relações interprofissionais por meio de práticas colaborativas em saúde com repercussão na assistência à saúde com foco nos usuários.

Compromisso dos Pesquisadores: Os pesquisadores se comprometem a usar os dados deste estudo de maneira correta e coerente aos objetivos do mesmo, garantindo que:

- todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos participantes;
- as gravações contendo as falas serão apagadas depois que seu conteúdo for digitado para que os dados possam ser analisados;
- as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e grupos;
- ao final da pesquisa os resultados serão informados aos participantes;
- os resultados da pesquisa serão publicados e apresentados em órgãos acadêmicos/científicos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre o objetivo, finalidade e procedimentos do estudo. Foi-me garantido o sigilo sobre minha participação, bem como o fato de poder retirar meu consentimento a qualquer momento sem acarretar em nenhuma penalidade.

() Eu concordo em participar dessa pesquisa

() Eu não concordo em participar dessa pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 17:00 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Contatos dos Pesquisadores:

Pesquisadora: Profa. Dra. Rubia de Aguiar Alencar; endereço: Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Distrito Rubião Junior, Botucatu, São Paulo, CEP: 13618-687, telefone: (14) 3880-1320, e-mail: rubia.alencar@unesp.br

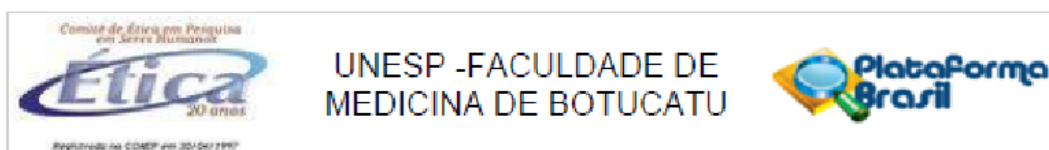
Pesquisadora: Ângela Domingues dos Santos; endereço: Rua Carlos De Campos 11-39, Vila Souto, Bauru, São Paulo, telefone: 55 (14) 99747-1544, email: angela.domingues@unesp.br

Bauru, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fluxograma de Atividades de uma Equipe de Consultório na Rua

Pesquisador: ANGELA DOMINGUES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55035422.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.235.079

Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

A proposta do presente projeto é de construir um fluxograma para os serviços da Rede de Atenção à Saúde, demonstrando ações e estratégias desenvolvidas pelo Consultório na Rua. O Consultório na Rua é um serviço de saúde itinerante que pertence a rede de atenção básica, sendo responsável por atender exclusivamente pessoas em situação de rua em vulnerabilidade na oferta serviços de saúde para uma melhor qualidade de vida dessa população, visando inserção nos demais serviços de saúde ofertados pelo município. A sua característica de atendimento exige dos profissionais envolvidos uma dinâmica e estratégia diferenciada em relação a outros serviços da atenção básica. Tem como objetivo construir fluxograma para os serviços da Rede de Atenção à Saúde, demonstrando ações e estratégias desenvolvidas pela equipe de Consultório. Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativo, conduzido por meio do referencial da pesquisa-ação a ser realizado junto à equipe de Consultório na Rua do município de Bauru, dividido em três fases: a) Coleta de dados – realizada por meio de entrevistas junto aos profissionais da equipe; b) Análise dos dados – os dados das entrevistas serão transcritos em planilhas eletrônicas, categorizados, agrupados e interpretados em conjunto com a equipe de Consultório na Rua para obter uma representação da atividade. Em sequência será realizada uma oficina com a equipe, para construir de forma colaborativa o fluxograma do serviço; c) Validação – realização de seminário com os

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

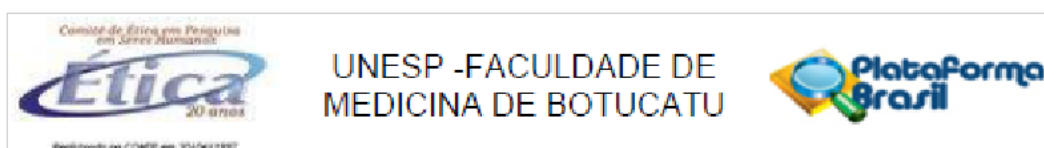
Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 5.235.079

demais serviços da rede para apresentar o fluxograma, difundir o conhecimento, promover o aprendizado, validar e realizar ajustes necessários. Serão convidados a participar da pesquisa todos os profissionais que atuam na equipe de Consultório de Rua no município de Bauru, que totalizam cinco integrantes nas funções de: Agente Social, Assistente Social, Psicóloga e Técnicas de Enfermagem, bem como integrantes da Rede de Assistência à Saúde (RAS) que compõem o cenário da assistência. A pesquisadora é profissional integrante do serviço objeto da pesquisa-Enfermagem, sendo fator metodológico estratégico que possibilita a coleta de dados de forma ampla, considerando todos os aspectos e detalhes da atividade, e também permitindo identificação da pesquisadora e participantes da pesquisa. O tamanho da amostra será de 20 indivíduos, divididos em dois grupos: Grupo 1: composto por 5 indivíduos que serão entrevistados e após participarão da oficina e Grupo 2: composto por 15 indivíduos que participarão de seminários

Objetivo da Pesquisa:

Construir um fluxograma para os serviços da Rede de Atenção à Saúde, demonstrando ações e estratégias desenvolvidas pelo Consultório na Rua.

Objetivos Específicos: - Identificar o perfil da população atendida no Consultório na Rua; - Identificar as ações e estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde do Consultório na Rua; - Validar com a equipe do Consultório na Rua e outros serviços da Rede de Assistência à Saúde (RAS) as ações e estratégias desenvolvidas pelo Consultório na Rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são mínimos, pois todos os dados informados serão criteriosamente analisados e o anonimato mantido. Benefícios: Os benefícios referem-se à contribuição do estudo para a melhoria das atividades realizadas pela equipe de Consultório na Rua, suas estratégias de atendimento e dinâmica de relacionamento com a Rede de Assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado, financiado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior – CAPES. O objetivo do estudo é de construir um fluxograma para os serviços da Rede de Atenção à Saúde, demonstrando ações e estratégias desenvolvidas pela equipe de Consultório de Rua. O Cronograma tem início em 01/03/2022 e término em 31/03/2023. Relatam despesas de custeio no valor de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), através de Tecnologias de Apoio à Sistematização da Assistência e Gestão em Enfermagem e contribuições do

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

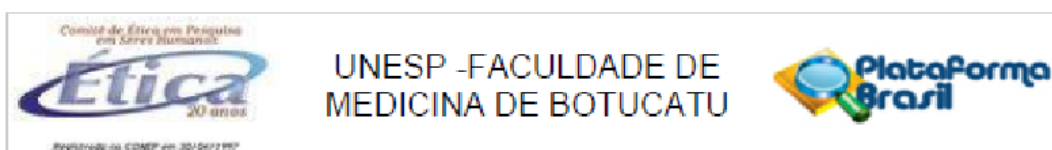
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1809

CEP: 18.618-970

E-mail: oep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 5.235.079

mestrado profissional para a região Centro-Sul Paulista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram devidamente apresentados e anexados na PB. Termo de Anuência Institucional da FMB e da Secretaria de Saúde do Município de Bauru - SP. HCFMB; Folha de rosto; caderno brochura do projeto; TCLE em duas versões (G1 e G2) apresentados em forma de convite, explicando claramente todas as fases do projeto, duração da entrevista de 30 a 60 minutos e um Termo para os Seminários com duração de 2 horas, com as respostas gravadas, que após serem transcritas serão apagadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 07/02/2022, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881890.pdf	10/01/2022 10:48:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	10/01/2022 10:45:07	ANGELA DOMINGUES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Consultorio_na_Rua_Discente_Angela_Domingues_dos_Santos.pdf	10/01/2022 10:42:00	ANGELA DOMINGUES DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

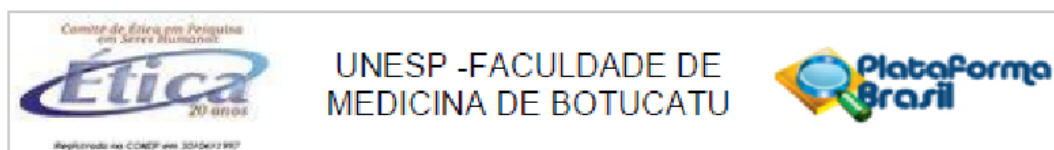
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1809

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 5.235.079

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/01/2022 10:10:52	ANGELA DOMINGUES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	10/01/2022 10:09:58	ANGELA DOMINGUES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_anuencia_PMB.pdf	09/01/2022 22:03:47	ANGELA DOMINGUES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 10 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1809

E-mail: cep@fmb.unesp.br