



Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua*

Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process

Saberes ideológicos e instrumentales en el proceso laboral en el Consultorio en la Calle

Maria Terumi Maruyama Kami¹, Liliana Muller Larocca², Maria Marta Nolasco Chaves², Laura Christina Macedo Piosiadlo², Guilherme Souza Albuquerque³

Como citar este artigo:

Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):440-447. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>

* Extraído da dissertação "Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Universidade Federal do Paraná, 2015.

¹ Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Departamento de Atenção Primária, Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Comunitária, Curitiba, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify ideological knowledge and tool knowledge that provide support to the Street Outreach Office working process. **Method:** Qualitative and exploratory research. Twenty Street Outreach Office professionals and six users collected the data, applying different semi-structured interview schedules for each category of participants. The resulting categories were analyzed in light of tool and ideological knowledge presented in the working process. **Results:** From the participant discourses the following ideological knowledge emerged: public policies and the needs of the person in a street situation and tool knowledge, as well as devices and tools for the care of people in street situations and a weekly schedule. **Conclusion:** The focus on the working process discourse, supported by ideological knowledge, was verified. The structural dimension of the objective reality of the population in street situations was perceptible in the social determination of being situating on the street. When daily situations were revealed, the limitations to be overcome in the working process context were noticed.

DESCRIPTORS

Homeless Persons; Primary Health Care; Patient Care Team; Health Personnel; Qualitative Research.

Autor correspondente:

Maria Terumi Maruyama Kami
Rua Francisco Torres, 830
CEP 80060-130 – Curitiba, PR, Brasil
mterumikami@gmail.com

Recebido: 08/03/2016
Aprovado: 05/04/2016

INTRODUÇÃO

No Brasil existe um número significativo e crescente de pessoas em situação de rua (PSRs), com variados modos de vida e de relações com e na rua. Essa realidade acarreta desafios estruturais para garantir a cidadania dessa população em um contexto de invisibilidade social.

Em investigação multicêntrica intitulada “Pesquisa nacional sobre população em situação de rua”⁽¹⁾, realizada em 71 municípios brasileiros, no ano de 2008, estimou em 31.922 o número de adultos nessa situação. Em Curitiba, foram identificadas 2.776 pessoas em situação de rua⁽¹⁾.

Pessoas em situação de rua têm difícil acesso aos benefícios garantidos pelas políticas públicas, inclusive os recursos de saúde⁽²⁻³⁾. Para facilitar o acesso ao sistema de saúde, o Consultório na Rua (CR), fundamentado nas diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi concebido para ser a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde da população em situação de rua *in loco* ou em outros pontos de atenção da rede de saúde⁽⁴⁾.

A vida na rua expõe quem vive nela, a riscos que exigem das equipes de saúde uma abordagem específica para essa população. Por se tratar de uma proposta inovadora de atenção a pessoas em situação de rua, o trabalho dos profissionais que integram as equipes do CR – eCR, apresenta facetas ainda não completamente reveladas por outros autores⁽⁵⁾.

O processo de trabalho em saúde pode ser desdobrado em finalidade, meios e instrumentos e objeto, no qual dois tipos de saberes estão presentes: saberes instrumentais e saberes ideológicos⁽⁶⁾.

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam o processo de trabalho no Consultório na Rua.

Tal objetivo se justifica porque a composição das eCR é heterogênea e porque é necessário dar visibilidade ao produto transformado pela ação desses agentes. Levar em consideração as particularidades da população de rua é fundamental para qualificar a gestão da informação. Esses são os elementos que formularam a seguinte questão norteadora: *Quais saberes subsidiam o processo de trabalho no Consultório na Rua?*

MÉTODO

Foi realizada pesquisa qualitativa e exploratória nas quatro equipes do CR do município de Curitiba. Fizeram parte do estudo 20 profissionais que integravam as eCR cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e seis usuários do CR. Os participantes selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com relação aos usuários atendidos pelas eCR, utilizou-se como critério de inclusão o critério de informantes-chave, com as seguintes características: ser indicado por profissionais da eCR e ter recebido dois ou mais atendimentos pela eCR no período de 30 dias anteriores à entrevista.

Foram excluídos do estudo os profissionais das eCR que estavam em férias ou em licença no período programado para as entrevistas. Com relação aos informantes-chave,

foram excluídos os menores de 18 anos, aqueles que apresentaram sinais de utilização de drogas lícitas ou que estavam sob o efeito de medicamentos ou drogas ilícitas no momento da entrevista.

Visando à transparência do processo de coleta de dados, com a finalidade de assegurar o rigor, a abrangência e a credibilidade do estudo, foram seguidos os critérios de qualidade das pesquisas qualitativas no campo da saúde propostos por Tong, Sainsbury e Craig em artigo intitulado *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*⁽⁷⁾.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2015, por meio de entrevistas audiogravadas com roteiros semiestruturados distintos para cada categoria de participantes. As entrevistas foram conduzidas por questões norteadoras e feitas pela própria pesquisadora.

Com relação aos profissionais, o propósito era conhecer de forma detalhada uma semana típica de trabalho no CR. Por isso foi solicitado que os participantes falassem acerca das facilidades e dificuldades no trabalho. As entrevistas foram agendadas previamente por telefone e tiveram duração de 15 a 37 minutos.

As entrevistas com usuários do CR, caracterizados como informantes-chave, foram realizadas por meio de busca ativa, variando de 6 a 22 minutos de duração. Buscou-se identificar as situações em que eles procuraram o serviço do CR, além de tentar averiguar outras questões relacionadas às suas condições de vida na rua.

Após a transcrição e impressão das entrevistas, foi agendado novo encontro com os profissionais da eCR para conferência e validação dos discursos transcritos. Não foi possível realizar essa etapa com os usuários devido à impossibilidade de a pesquisadora reencontrá-los no período disponibilizado para a coleta de dados.

Após a etapa de transcrição e validação das entrevistas, o material foi analisado por meio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O uso de *softwares* específicos para auxílio na análise de dados textuais tem sido cada vez mais comum em estudos qualitativos na área das Ciências Humanas e Sociais⁽⁸⁻⁹⁾.

Foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permitiu uma análise lexicográfica do material textual (*corpus*), fornecendo contextos (classes lexicais) caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilharam esse vocabulário. Os *corpora* de estudo (o dos profissionais e o dos usuários) foram considerados separadamente.

Os dados foram analisados em consonância com o marco teórico adotado neste estudo – processo de trabalho – e com as categorias previamente definidas: saberes ideológicos e saberes instrumentais.

O projeto de pesquisa respeitou todos os aspectos éticos e seguiu a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, por meio dos pareceres n. 742.589 e n. 767.679.

RESULTADOS

PROFISSIONAIS DO CR

O *corpus* deste segmento foi constituído por 20 entrevistas, que geraram quatro classes lexicais diferentes entre si.

Ao analisar os segmentos de texto dessas classes, em consonância com o marco teórico adotado, foram apreendidos os saberes ideológicos (Quadro 1) e os saberes instrumentais (Quadro 2) presentes no processo de trabalho dos profissionais que atuam no CR.

Quadro 1 – Saberes ideológicos evidenciados nas falas dos profissionais que atuam no CR – Curitiba, PR, Brasil, 2016.

Classe	Subclasse	Segmento de texto
Classe 1 Políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR	Acesso à saúde	(...) o que a gente tem visto é que em algumas questões pontuais de dentro da própria Secretaria da Saúde, de Unidades de Saúde um pouco mais resistentes ao atendimento, algumas questões burocráticas da questão da documentação legal para essa população (P 12). (...) porém nas Básicas, acredito que tenha bastante para ser trabalhado. Em alguns casos, não atendem nem acolhem, ligam para a gente. As equipes das Básicas não entendem que o morador de rua é da Atenção Primária, na ESF é mais fácil (P 02).
	Saúde como direito constitucional	(...) talvez, o trabalho da gente seja de inserção social, de trazer para dentro da Unidade de Saúde uma pessoa em situação de rua que tem o direito de ser atendida (P 01). (...) para garantir o cuidado, tem que responsabilizar e compartilhar entre as equipes da Unidade de Saúde e a equipe do Consultório na Rua, que as pessoas em situação de rua são pessoas de direitos, mesmo que essas não tenham endereço fixo (P 19).
	Trabalho intersetorial	(...) então este paciente tinha pendência judicial e orientamos que ele fosse até a Defensoria Pública: lá eles não iriam prendê-lo. A gente encaminha para tudo que é lugar – o Consultório na Rua não é só saúde engessada (P 11). (...) como dificuldade também temos a questão dos fluxos intersetoriais que ainda não estão estabelecidos – os indocumentados, burocracia nos hospitais (P 01).
Classe 3 Necessidades da PSR	Necessidades naturais	(...) às vezes eles estão com fratura e não vão atrás de atendimento. A gente orienta. Ontem as meninas levaram um paciente para o pronto-socorro do Hospital Cajuru devido à fratura (P 18). (...) fica lá dois, três dias e foge do hospital pela procura do álcool ou da droga e isso é muito triste porque eles têm complicações clínicas sérias: complicações cardiológicas, complicações pulmonares (P 10).

Quadro 2 – Saberes instrumentais evidenciados nas falas dos profissionais que atuam no CR – Curitiba, PR, Brasil, 2016.

Classe	Subclasse	Segmento de texto
Classe 2 Dispositivos e instrumentos no cuidado à PSR	Trabalho em equipe	(...) acho que o processo de trabalho é a maior riqueza do Consultório na Rua, por ser multiprofissional. Por conta disso, conforme a situação, um profissional toma mais a frente do que o outro – a equipe precisa estar muito acertada (P 16). (...) isso significa que você pode ser o melhor especialista na sua área, mas na questão multidisciplinar o profissional tem dificuldades de compartilhar o cuidado (P 19).
	Vínculo	Foram dados vários exemplos de que o vínculo você vai construindo gradativamente, mas uma palavra mal colocada por um integrante da equipe, toda a equipe pode perder esse vínculo (P 14). (...) quando a gente consegue os dados do morador de rua. Porque a gente não chega já perguntando o nome de imediato, então a gente demora muito tempo para conseguir os dados desta pessoa (...) muito tempo assim, no primeiro encontro, no segundo encontro, ninguém perguntou – Qual é seu nome? – Bom dia! Meu nome é J., sou psicólogo e trabalho no Consultório na Rua. Como é que eu posso te chamar? (P 01).
	Registro	A gente tem que ficar procurando de sala em sala um local para poder registrar, então faz muita falta alguma coisa móvel (P 04). (...) as abordagens que realizamos com pacientes que ainda não temos vínculo, ou seja, não sabemos nem o nome do morador de rua atendido e, para registrar este atendimento, precisamos começar pelo nome do paciente. Assim nosso trabalho fica invisível (P 19).
	Planejamento em saúde	(...) a gente discute casos que tivemos durante a semana, aqueles que a gente encontrou um pouco de dificuldade. Então a gente discute, pega a opinião de todo mundo, costuma passar isso na ata (P 05).
Classe 4 Agenda semanal	Agenda semanal	(...) na segunda-feira à tarde a gente faz reunião de equipe para planejamento e avaliação do trabalho. Na segunda-feira de manhã fazemos visita mesmo nos pontos principais. Temos uma programação semanal, então na segunda-feira a gente sai na rua mesmo (P 17).

USUÁRIOS DAS eCR

O *corpus*, constituído por seis entrevistas, gerou seis classes de segmentos de texto diferentes entre si. As classes 2, 3, 5 e 6 não foram consideradas, pois tais segmentos não

foram significativos neste estudo, uma vez que se referem exclusivamente ao discurso de um usuário. As classes 1 e 4, relacionadas à tipologia de necessidades proposta por Agnes Heller⁽¹⁰⁾, foram nominadas de saberes ideológicos, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Saberes ideológicos evidenciados nas falas dos usuários do CR – Curitiba, PR, Brasil, 2016.

Classe	Segmento de texto
Classe 1 Necessidades naturais	Olha, já fui atendida pelo Consultório na Rua, só nestes últimos dias, umas três vezes. A última vez por causa da dor no meu braço e me levaram para o Hospital Cajuru. Eu havia mesmo quebrado o braço (U 1). Já fui atendido então umas duas ou três vezes, não tenho certeza, mas por questão da bebida e dentista também (...). O médico aqui do Consultório na Rua me deu encaminhamento para CAPS (U 4). Já fui atendido muitas vezes pelo Consultório na Rua. Elas fizeram curativo no meu pé. Estava doendo muito depois de uma briga na rua: fui me defender com o pé e alguma coisa entrou na sola do meu pé (U 6).
Classe 4 Necessidades necessárias	Quando eu estava quase ganhando, eu levei um chute na barriga e o bebê morreu. Brigaram comigo. Eu bebo muito, viver na rua é muito triste (U 3). (...) estou duas semanas no CAPS, fui pelo Consultório na Rua. Fiquei melhor, dei uma equilibrada na minha mente, na minha memória. Quero voltar a trabalhar (U 2). O Consultório na Rua deveria mandar ele para algum lugar, porque ele tem vontade de ficar sóbrio, ele tem essa força (...). Estou na rua desde que separei (...) (U 5). (...) nunca gostei de estudar: fui só até a quinta série. Depois que minha mãe morreu, nunca mais voltei para a escola (U 6).

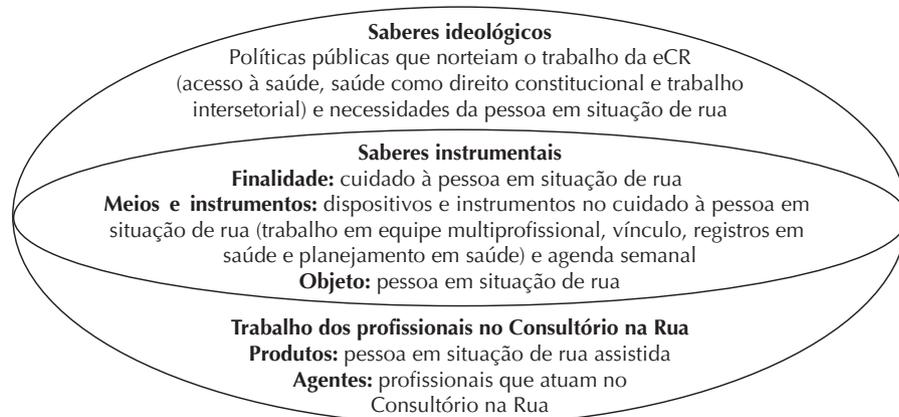
DISCUSSÃO

Com isso percebeu-se que as situações em que a pessoa em situação de rua procurou o serviço do CR eram diversas, bem como eram distintas as questões relacionadas às suas condições de vida na rua.

Conhecer a realidade do processo de trabalho das eCR, por meio dos discursos dos profissionais que integram as equipes, e de seus usuários, permitiu identificar os saberes

ideológicos e instrumentais presentes nas práticas desses trabalhadores. Esses saberes são mais que instrumentos transformadores do objeto: são elementos constitutivos do processo de trabalho⁽⁶⁾.

Os saberes ideológicos são constituídos pelas bases teóricas e legislativas do trabalho de saúde em si, com seus agentes e produtos⁽⁶⁾, neste estudo, respectivamente, profissionais que atuam no CR e a PSR assistida. A Figura 1 ilustra os saberes ideológicos e instrumentais a partir dos discursos.



Fonte: Adaptado de Egry⁽⁶⁾.

Figura 1 – Elementos constitutivos do processo de trabalho dos profissionais que atuam no Consultório na Rua, segundo os saberes ideológicos e instrumentais – Curitiba-PR, 2015.

Dos discursos dos entrevistados emergiram saberes ideológicos e instrumentais. A centralidade dos mesmos estava particularmente dirigida às políticas públicas que norteiam o trabalho da eCR (acesso à saúde, saúde como direito constitucional e trabalho intersetorial), bem como às necessidades da pessoa em situação de rua, o que foi categorizado como saber ideológico.

Desse resultado se sugere que a determinação social de morar na rua foi basilar, o que se explica pela dimensão estrutural da realidade objetiva desses trabalhadores e usuários, na qual as questões afetas à estrutura social tornaram-se mais evidentes do que a própria organização do serviço do CR. Esses achados diferem dos de um estudo realizado com enfermeiros que atuavam em Núcleos Hospitalares de Epidemiologia numa capital do sul do Brasil, no qual se constatou a centralidade dos discursos

dos enfermeiros nos saberes instrumentais inerentes ao processo de trabalho⁽¹¹⁾.

No processo de trabalho dos profissionais das eCR, sustentado por saberes ideológicos, o acesso à saúde da população em situação de rua foi um dos tópicos importantes nos discursos dos participantes. O acesso é um dos atributos centrais da APS⁽¹²⁾. A criação das eCR no município estudado está em consonância com a Política Nacional para a População em Situação de Rua e tem na Política Nacional de Atenção Básica seus referenciais e diretrizes. Com isso o CR visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

Nos discursos dos profissionais das eCR, destacaram-se aspectos ligados à resistência dos profissionais das US em atender e acolher a PSR, o que foi similar ao constatado em estudo realizado no interior paulista: os autores observaram

que profissionais da APS comumente levantavam questões que impediam o efetivo atendimento da PSR, praticamente excluindo essa possibilidade⁽¹³⁾.

Como barreira organizacional, foi apontada a conformação atual dos serviços de saúde. Essa situação se apresenta apesar de o município possuir uma instrução normativa segundo a qual a PSR pode se cadastrar na US de sua escolha, sem necessidade de comprovação de endereço, nem apresentação de documento com foto, pois é aceito o nome social. Este resultado mostra que o acesso ao sistema de saúde é um exemplo de que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Outro limitador do acesso às US foi o não reconhecimento pelos profissionais das US de que a PSR é uma pessoa de direitos. A concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica, a ser resolvida pelos serviços de saúde, mas, sim, como uma questão social e política, a ser abordada no espaço público: a saúde pensada como um direito de cidadania⁽¹⁶⁾.

Esse aspecto é ponto essencial para a efetividade do acesso, pois tanto o profissional quanto o usuário devem se sentir pertencentes ao SUS. Para que a justiça social seja alcançada, é necessária a equidade na organização dos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Embora o SUS enquanto política pública tenha sido formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades em saúde da população, o conceito de equidade surge “mesmo que ela não tenha sido mencionada na legislação da saúde, por ser um dos elementos de justiça”⁽¹⁷⁾.

No entanto, ainda existe um entendimento limitado sobre o conceito de equidade e uma resistência inicial à sua incorporação como critério para a elaboração de diretrizes públicas⁽¹⁸⁾. A construção de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua é algo recente e, na realidade concreta das grandes cidades brasileiras, a PSR geralmente não acessa o SUS⁽³⁾. No contexto da redução das desigualdades no acesso à saúde, estudo realizado levantou a hipótese de que o SUS pode promover a equidade na perspectiva da ética e da justiça, sem comprometer seu caráter universal e igualitário⁽¹⁸⁾.

Reforça-se o trabalho das eCR pois elas são instrumentos capazes de levar atenção à saúde e políticas públicas afins, por meio de intervenções que permitem ajustes no ambiente onde a PSR se insere.

Ao analisar a organização da APS no município, os entrevistados afirmaram que as US com Estratégia Saúde da Família (ESF), quando comparadas às US tradicionais, acolhem melhor a PSR. Em estudo acerca da presença e extensão dos atributos da APS no município de Curitiba, que comparou US tradicionais e US ESF, os resultados evidenciaram que as unidades com ESF possuíam maior presença e extensão dos atributos da APS. Contudo, a acessibilidade foi o atributo com menor score médio, apesar do melhor resultado nas Unidades com ESF⁽¹⁹⁾. O atributo acessibilidade também apresentou baixo score em estudo realizado no Canadá⁽²⁰⁾. Esses resultados sinalizaram que no acesso dos usuários à saúde ainda há barreiras a serem superadas.

Entre as questões presentes no trabalho no CR, vários profissionais citaram avanços e desafios nessa área, enfatizando a importância do trabalho intersetorial como condição necessária para lidar com as demandas complexas da PSR.

A ação intersetorial é definida como o alinhamento da estratégia de intervenção e recursos entre os atores de dois ou mais setores no âmbito da esfera pública, a fim de alcançar objetivos complementares que sejam relevantes e valorizados por todas as partes. A saúde é produzida na vida diária e, portanto, extrapola a atuação exclusiva do setor saúde⁽²¹⁾.

Os saberes ideológicos, as necessidades da PSR, tendo como referência os conceitos de necessidades na perspectiva da Saúde Coletiva e partindo da tipologia de necessidades⁽¹⁰⁾, assim como a integralidade dos discursos dos profissionais das eCR nessa classe evidenciaram o reconhecimento no campo das necessidades naturais, ou seja, relativas à conservação e perpetuação da vida.

O uso abusivo de álcool e outras drogas pela PSR foi relatado por vários profissionais, sendo confirmado nos discursos dos usuários do CR.

A vida nas ruas aumenta o risco de abuso de substâncias. Tal comportamento é comum nessa população, sendo mencionado como atenuante da percepção das rupturas e perdas sofridas, e como meio de estabelecimento de laços com outras PSRs⁽³⁾.

Enquanto ordenador da rede de atenção à saúde da população em situação de rua, o CR está presente também nas questões relativas às doenças transmissíveis – como DSTs/HIV/Aids e tuberculose –, amplamente explicitadas nos discursos dos profissionais das eCR.

A prevalência do HIV na população em situação de risco em instituições de acolhimento em São Paulo foi de 4,9% (17,4% apresentaram também sorologia positiva para sífilis), e 55,4% tinham acesso a ações de prevenção⁽²²⁾. No cuidado das eCR junto a esse grupo, as questões relacionadas à vida sexual e o risco de exposição a DSTs/Aids devem estar presentes nas abordagens dos profissionais, além do diagnóstico e tratamento dessas doenças⁽³⁾.

O tratamento da infecção por HIV/Aids é amparado pela Lei n. 9.313/96, que regulamenta o acesso universal a medicamentos antirretrovirais (ARVs). Para a liberação desses tratamentos, o primeiro requisito da US é o cadastramento: o usuário precisa ter, além da indicação para tratamento, documento com foto expedido por órgão público⁽²³⁾.

Nesse contexto contraditório, os profissionais das eCR se deparam com dificuldades no seguimento e adesão ao tratamento. Usuários que não possuem documentos não conseguem a dispensação dos ARVs devido aos critérios já mencionados.

Dialogando com a tipologia de necessidades de Heller⁽¹⁰⁾, as necessidades necessárias foram evidenciadas nos discursos dos usuários do CR por meio da vontade, referida por alguns (U 2 e U 5), de retornar ao trabalho após período de tratamento para dependência em álcool e drogas realizado no CAPS. As desavenças familiares também foram apontadas como motivadoras do “ficar, viver e se situar na rua” (U 5, U 6).

Assim como as necessidades naturais, as necessidades necessárias são socialmente determinadas⁽¹⁰⁾. Estudo

realizado com mulheres em situação de rua em São Paulo revelou que uma das formas de violência nas ruas era aquela praticada entre as próprias pessoas que se encontravam na rua e tinha nas dívidas com traficantes, nas disputas por espaço e nos pequenos furtos suas principais motivações⁽²⁴⁾.

Segundo a tipologia de necessidades⁽¹⁰⁾ foi observada somente uma categoria dimensional no discurso dos profissionais do CR. Por outro lado, foi possível a identificação de duas categorias nos discursos dos usuários do CR.

O resultado sugere que o olhar do profissional é o olhar biologizado do cuidado, ainda que ele tenha a concepção de que a maneira como se vive na rua determina o estado de saúde da PSR e que a população em situação de rua vê sua necessidade de forma distinta desse profissional.

Como saber instrumental, o trabalho em equipe multidisciplinar foi considerado elemento potencializador do processo de trabalho no CR. Ele representa uma potencialidade para a intervenção resolutiva em saúde quando tem o objetivo de promover a integração entre os profissionais e destes com os usuários⁽²⁵⁾. A presença de uma equipe multidisciplinar constitui elemento facilitador do cuidado à PSR, conforme relatado em outros estudos^(24,26-27).

Nessa perspectiva, apontou-se a necessidade de investimento em profissionais especializados, com formação em Saúde Mental e Saúde Coletiva, na composição das equipes que atuam nos CRs⁽²⁶⁾ e a necessidade de implementação de práticas que incidam nos processos de determinação das realidades de saúde indesejadas na nossa sociedade⁽²⁸⁾.

Uma das práticas utilizadas no acolhimento das demandas da PSR que levou em conta as especificidades do trabalho nos Consultórios na Rua foi a construção do vínculo entre profissionais e usuários, prática considerada necessária e essencial pelos entrevistados. Privilegiar o vínculo nas práticas de saúde foi referenciado em diversas pesquisas com a população em situação de rua^(24,26-27). Neste estudo, isso se traduziu no estabelecimento de relações de vínculo e confiança entre profissionais das eCR e usuários, o que possibilitou a atenção às necessidades desses usuários e sua inclusão nas US.

No entanto, a formação e manutenção do vínculo foram apontadas como difíceis e tênues, sendo um desafio para as eCR. A complexidade da formação de vínculos está ligada às características de invisibilidade social desse grupo, fazendo com que a PSR seja reticente, o que confere a essa aproximação um caráter de fragilidade. Diversos aspectos influenciam a relação entre os sujeitos envolvidos no CR, como a experiência, o conhecimento e o acesso aos recursos disponíveis. O vínculo, por si só, produz respostas momentâneas, não a transformação qualitativa na vida das pessoas⁽²⁹⁾.

Por se tratar de equipes itinerantes, a não disponibilização de equipamentos eletrônicos portáteis, como *tablets*

ou *notebooks*, foi apontada como elemento dificultador do registro das atividades possíveis de serem inseridas no prontuário, conforme afirmação do entrevistado (P 04), ao lado da precariedade da infraestrutura das US, nas quais faltam salas e computadores.

As práticas de monitoramento e avaliação das ações realizadas pela equipe que subsidiam o planejamento em saúde estão relacionadas diretamente com o registro das informações do trabalho. Nas eCR tais práticas estão associadas à organização do processo de trabalho, partindo do diagnóstico do território, das necessidades da PSR, bem como da identificação de problemas no cotidiano das equipes.

Para uma semana típica de trabalho, os entrevistados relataram o uso da agenda de atividades semanais, com base no planejamento realizado e nos horários de abordagem *in loco* em turnos diferenciados.

Por fim, as práticas apresentadas pelos profissionais do CR vão ao encontro de autores⁽³⁰⁾ que enfatizam a busca de um cuidado que abranja os princípios da universalidade, equidade e qualidade, pois não existe um formato único possível de cuidado.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu identificar os saberes ideológicos e instrumentais constituintes do processo de trabalho dos profissionais que integram as equipes do Consultório na Rua.

Conforme o referencial adotado, a centralidade dos discursos esteve no processo de trabalho, sustentado pelos saberes ideológicos. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do processo de situar-se na rua, tanto que correspondeu à demanda preponderantemente manifestada nos discursos dos entrevistados (profissionais e usuários do CR). Assim, no processo de trabalho, os saberes ideológicos se destacaram mais do que a própria organização do CR como cenário de cuidado, embora essa conformação de equipe multiprofissional e de trabalho itinerante seja recente.

A PSR não tem na APS sua principal porta de entrada no sistema, seja pela dificuldade de acesso, evidenciada nos aspectos ligados à resistência dos profissionais das US em atender a PSR, seja por questões relativas às barreiras organizacionais e à indisponibilização de medicamentos ARVs.

Ao descortinar essas contradições no cotidiano do trabalho, apontam-se limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da eCR. Para que se consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabe à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.

RESUMO

Objetivo: Identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam o processo de trabalho do Consultório na Rua. **Método:** Pesquisa qualitativa e exploratória. A coleta de dados foi realizada junto a 20 profissionais e seis usuários do Consultório na Rua de um município do sul do Brasil, por meio de entrevistas com roteiros semiestruturados distintos para cada categoria de participantes. As classes resultantes foram analisadas à luz dos saberes ideológicos e instrumentais presentes no processo de trabalho. **Resultados:** Dos discursos dos participantes emergiram os saberes ideológicos: políticas públicas e necessidades da pessoa em situação de rua e os

saberes instrumentais: dispositivos e instrumentos no cuidado à pessoa em situação de rua e agenda semanal. **Conclusão:** Constatou-se a centralidade dos discursos no processo de trabalho, sustentado pelos saberes ideológicos. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do situar-se na rua. Ao descortinar contradições no cotidiano, apontam-se limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho.

DESCRITORES

Pessoas em Situação de Rua; Atenção Primária à Saúde; Equipes de Assistência ao Paciente; Pessoal de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los saberes ideológicos e instrumentales que subsidian el proceso laboral en el Consultorio en la Calle. **Método:** Investigación cualitativa y exploratoria. La recolección de datos fue llevada a cabo con 20 profesionales y seis usuarios del Consultorio de la Calle de un municipio del sur de Brasil, mediante entrevistas con guiones semiestructurados distintos para cada categoría de participantes. Las clases resultantes fueron analizadas a la luz de los saberes ideológicos e instrumentales presentes en el proceso laboral. **Resultados:** Desde los discursos de los participantes emergieron los saberes ideológicos: políticas públicas y necesidades de la persona en situación de calle y los saberes instrumentales: dispositivos e instrumentos en el cuidado a la persona en situación de calle y agenda semanal. **Conclusión:** Se constató la centralidad de los discursos en el proceso laboral, sostenido por los saberes ideológicos. La dimensión estructural de la realidad objetiva de la población en situación de calle fue perceptible en la determinación social de ubicarse en la calle. Al desvelar contradicciones en el cotidiano, se apuntan los límites que superar en el marco del proceso laboral.

DESCRIPTORES

Personas sin Hogar; Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Personal de Salud; Investigación Cualitativa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua: sumário executivo [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2016 jan. 23]. Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Curitiba_pesquisa_sobre_moradores_em_situacao_de_Rua.pdf
2. Raoult D. Infection in homeless people. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 21];12(11):822-3. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70186-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70186-X/fulltext)
3. Lopes LE. Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de Consultórios na Rua. Rio de Janeiro: EAD/ESP; 2014.
4. Brasil. Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2016 jan. 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
5. Souza D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. In: Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: MS; 2012. p. 51-4.
6. Egry EY. Necessidades em saúde como objeto da TIPESC. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 70-7.
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [cited 2016 Jan 22];19(6):349-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>
8. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos Pesq Psicol* [Internet]. 2006 [citado 2016 jan. 22];6(2):72-88. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>
9. Lahlou S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. *Pap Soc Represent* [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 20];20:38.1-39.7. Available from: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf
10. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. 2. ed. Barcelona: Península; 1986.
11. Chaves MMN, Medeiros ARP, Larocca LM, Peres AM. Saberes instrumentais e ideológicos no processo de trabalho de enfermeiros na vigilância epidemiológica hospitalar. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2015 ago. 10];14(2):1091-6. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28141/pdf_355
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
13. Borysow IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 23];48(6):1069-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1069.pdf>
14. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2015 ago. 23];17(11):2865-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
15. Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. Interações sensíveis à Atenção Primária: uso de ferramenta decodificadora para estudo das percepções dos profissionais da saúde, São Paulo, Brasil. *Indagatio Didactica* [Internet]. 2013 [citado 2015 jul. 26];5(2). Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2448/2319>
16. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian Health System: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2015 June 15]; 377(9779):1778-97. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)
17. Santos L, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2015 abr. 04];17(11):2876-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a03.pdf>

18. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc.* 2006;15(2):34-46.
19. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Família Comunidade.* 2013;8(29):294-303.
20. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Ann Fam Med [Internet].* 2008 [cited 2015 Feb 27];6(2):116-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267415/>
21. Potvin L. Intersectoral action for health: more research is needed! [editorial]. *Int J Public Health.* 2012;57(1):5-6.
22. Grangeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDR, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):674-84.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids [Internet]. Brasília; 1996 [citado 2015 ago. 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm
24. Rosa AS, Brêtas ACP. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. *Interface (Botucatu) [Internet].* 2015 [cited 2015 Aug 22];19(53):275-85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/en_1807-5762-icse-19-53-0275.pdf
25. Chaves MMN, Egry EY. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. *Cogitare Enferm.* 2013;18(4):729-35.
26. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(4):805-14.
27. Hauff AJ, Turner MS. Homeless health needs: shelter and health service provider perspective. *J Community Health Nurs.* 2014;31(2):103-17.
28. Chaves MMN, Larocca LM, Peres AM. Collective Health Nursing: the construction of critical thinking about the reality of health. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2011 [cited 2014 Sep 05];45(n.spe2):1701-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_11.pdf
29. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2013 Apr [cited 2014 Sep 01];47(2):304-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf
30. Merhy EE, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão [Internet]. 2012 [citado em 2014 set. 10]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>