



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Marcelo Pedra Martins Machado

Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua

Rio de Janeiro

2017

Marcelo Pedra Martins Machado

Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Teixeira Rabello

Rio de Janeiro
2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M149	Machado, Marcelo Pedra Martins
	Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua / Marcelo Pedra Martins Machado. – 2017.
	100 f.
	Orientadora: Elaine Teixeira Rabello.
	Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
	1. Saúde pública - Teses. 2. Recursos humanos na saúde - Teses. 3. Pessoas desabrigadas – Teses. 4. Promoção da saúde – Teses. I. Rabello, Elaine Teixeira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.
	CDU 614.2:364

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marcelo Pedra Martins Machado

Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04 de abril de 2017.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Teixeira Rabello

Instituto de Medicina Social- UERJ

Banca Examinadora: _____

Profª Dr.^a Adriana Cavalcanti de Aguiar

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Iacã Machado Macerata

Universidade Federal Fluminense

Profª Dr.^a Pilar Rodriguez Belmonte

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/RJ

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos amigos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, assim como aos amigos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela força e parceria.

Aos professores do Instituto de Medicina Social, da UERJ, por todo o aprendizado.

Aos professores Adriana Aguiar e Iacã Macerata, pelas contribuições no Exame de Qualificação.

À Thaís por todo amor e compreensão.

À minha família que, mesmo longe, é tão presente na minha vida.

À Fabiana Damasio, minha “outra” orientadora, pela dedicação, além da força total e inquestionável a essa empreitada maluca; inclusive, obrigado pela participação nos grupos focais e pelas trocas infinitas na construção deste trabalho.

E, por fim, à minha orientadora Elaine Rabello pela parceria e disponibilidade irrestrita. Obrigado por tudo que aprendi nessa trajetória ao seu lado. As discussões e trocas sobre os temas que fomos escolhendo ao longo desta dissertação, sua habilidade e destreza como copiloto nas viagens Distrito Federal adentro para conhecermos a realidade dos Consultórios na Rua deste território, as milhares de idas e vindas de mensagens por todos os meios eletrônicos existentes, nos horários mais improváveis... Enfim, quero agradecer a forma como você esteve sempre presente e sempre gentil, apesar dos 1.160 km de distância. Foi sensacional e sigo sendo muito grato a tudo que nos foi possível.

RESUMO

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. *Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua*. 2017. 100f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

A Política Nacional de Atenção Básica vem se apresentando como uma importante estratégia de enfrentamento das singulares iniquidades históricas no campo da atenção à saúde, em especial com a criação das equipes de Atenção Básica específicas, como as equipes de Consultórios na Rua (eCR). A criação de tais equipes recoloca em discussão a questão da formação em saúde, em especial para as especificidades do trabalho com a população em situação de rua (PSR). O presente estudo parte da seguinte questão: quais são as competências necessárias para um trabalhador no Consultório na Rua? Visando sistematizar os elementos básicos para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua, na Atenção Básica, o estudo teve como objetivos: identificar, nas práticas das equipes de Consultório na Rua já em atividade, as componentes de competências utilizadas pelos profissionais (conhecimentos, habilidade e atitudes); sistematizar e associar os componentes de tais competências levantadas a partir da opinião de experts e gestores com experiência em eCR no Brasil; propor a síntese dos elementos mapeados em competências para o trabalho nas eCR, considerando implicações nas formações profissionais. Este estudo teve abordagem qualitativa, sendo realizado em duas fases de coleta e sistematização de dados: a realização de três grupos focais com as equipes de Consultório na Rua do Distrito Federal; a construção de consenso sobre competências para trabalho na eCR em consulta a trabalhadores, gestores e experts na área da educação em saúde e da atenção à PSR, das cinco regiões do país, utilizando o Método Delphi. Foram elencados 25 conhecimentos, 37 habilidades e 16 atitudes como componentes das competências necessárias para o trabalho no Consultório na Rua. Consensuou-se, a partir destes elementos, a proposta de três competências: uma no campo da clínica/cuidado, outra no campo do processo de trabalho e a última sobre o trabalho em rede. Finalmente, discutiu-se como os elementos envolvidos nessas competências propostas podem ajudar a dirimir lacunas na formação e na atuação dos profissionais em saúde para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, com PSR.

Palavras-chave: Equipes de Consultório na Rua. Competências profissionais. Formação para o SUS.

ABSTRACT

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. *Competencies to work in the Offices in the Street*. 2017. 100f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

The National Primary Care Policy has been considered an important strategy to address unique historical inequities on healthcare, especially with the creation of specific Primary Care teams, such as the Offices in the Street teams (eCR). Creating teams like that demand to reassess issues related to the professional training for health, especially if one considers the specificities of working with people living on the streets (PSR). This study aimed to answer the following question: what are the necessary competencies for those who works in an eCR? Aiming to frame the core elements for the work in the Offices in the Street, in Primary Care, this study had as objectives: to identify, in the practices of eCR, components of currently enacted competencies (knowledge, skills and attitudes); to frame and associate these elements according to the opinion of experts and managers with experience in eCR in Brazil; to propose the synthesis of the mapped components as the core competencies for working in the eCR, considering their implications on the health professional education. This study had a qualitative approach, using two phases for collecting and systematizing data: the execution of focus groups with three eCR from Federal District; the construction of consensus on competencies for work in the eCR, consulting 20 workers, managers and experts in the area of health education and attention to PSR, from the five regions of the country, using the Delphi Method. 25 knowledge, 37 skills, and 16 attitudes were considered as components of the competencies required for the work in the eCR. Consensually, from these, three competencies were proposed: one related to the clinical care, other related to the work process and the last one on service networking. Finally, it was discussed how the elements involved in these proposed competencies can help addressing gaps in the training and performance of health professionals, better qualifying them to work in the Unified Health System (SUS), with PSR in particular.

Keywords: Offices in the Street teams. Professional competencies. Professional training for SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Dados sociodemográficos e de trabalho dos respondentes.....	43
Quadro 2 –	Outros conhecimentos sugeridos pelos <i>experts</i>	48
Quadro 3 –	Outras habilidades sugeridas pelos <i>experts</i>	48
Quadro 4 –	Outras atitudes sugeridas pelos <i>experts</i>	48
Quadro 5 –	Os dez conhecimentos priorizados.....	50
Quadro 6 –	As dez habilidades priorizadas.....	51
Quadro 7 –	As dez atitudes priorizadas.....	51
Quadro 8 –	Comparativo da priorização dos conhecimentos: primeira e segunda rodadas do Delphi.....	52
Quadro 9 –	Comparativo da priorização das habilidades: primeira e segunda rodadas do Delphi.....	53
Quadro 10 –	Comparativo da priorização das atitudes: primeira e segunda rodadas do Delphi.....	54
Quadro 11 –	Competências para o trabalho no Consultório na Rua – Dimensão: Clínica do Cuidado.....	58
Quadro 12 –	Competências para o trabalho no Consultório na Rua – Dimensão: Processo de Trabalho.....	59
Quadro 13	Competências para o trabalho no Consultório na Rua - Dimensão: Trabalho em Rede.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CR	Consultório de Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
eCR	equipe do Consultório na Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
eSF	equipes de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MNPR	Movimento Nacional de População em Situação de Rua
MNPSR	Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SM	Saúde Mental
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO SUS	18
1.1	A questão da formação em saúde para o SUS: a realidade na Saúde Mental e na Atenção Básica	18
1.2	Competência: um conceito polifônico	20
2	O TRABALHO NAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA	23
2.1	Do Consultório de Rua para Consultório na Rua (ou: da Saúde Mental para a Atenção Básica)	23
2.2	O que são e como funcionam as eCR hoje	26
3	A INVESTIGAÇÃO	28
3.1	A questão da pesquisa	28
3.2	Desenho metodológico	28
3.2.1	<u>Aproximação com o campo: os grupos focais</u>	28
3.2.2	<u>Resultados e discussão dos grupos focais</u>	32
3.2.3	<u>A consulta aos experts: o método Delphi</u>	40
3.2.4	<u>Resultados e discussão do instrumento Delphi</u>	42
3.3	Sobre o processo de fazer essa pesquisa	56
4	AS PROPOSTAS DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA	58
4.1	As competências sugeridas	58
4.2	Os elementos que não apareceram na lista principal	62
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
	APÊNDICE B – Tópicos-guia para grupo focal	75
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Especialistas)	76
	APÊNDICE D – E-mail para os especialistas em Consultório na Rua (conhecimentos, habilidades e atitudes)	78
	APÊNDICE E – E-mail da segunda rodada do estudo	93

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem se apresentado como uma importante estratégia de enfrentamento das singulares iniquidades históricas no que tange às questões de saúde da população brasileira (MENDES, 2010). Com a criação das equipes de Atenção Básica específicas, como as equipes de Consultórios na Rua – além das ribeirinhas e fluviais –, diversas questões estão sendo introduzidas neste campo: a organização do processo de trabalho destes serviços, sua inserção nas redes de atenção à saúde e a questão da formação e qualificação de profissionais de saúde com habilidades e competências adequadas e oportunas para atuar em um contexto tão singular.

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) entre os anos de 2007 e 2008 (BRASIL, 2008), trouxe uma significativa contribuição ao colocar a questão em evidência para a sociedade e o governo brasileiro, servindo como subsídio para as políticas públicas hoje implantadas na área (LOPES, 2014). Esta pesquisa, a única realizada no Brasil com esta população específica, identificou 31.922 pessoas em situação de rua (PSR) nas cidades pesquisadas – 71 municípios. Entre as capitais brasileiras, São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre não fizeram parte dessa pesquisa, pois haviam realizado estudos locais semelhantes no mesmo período da referida pesquisa (BRASIL, 2008). O município do Rio de Janeiro apresentou uma pesquisa no final de 2013, em que o número de pessoas vivendo em situação de rua foi de 5.750. Assim, considera-se que, atualmente, o total de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil é significativamente mais elevado do que o que foi apresentado pela pesquisa em 2007/2008 (LOPES, 2014).

Dentre as várias construções/contribuições introduzidas pelos resultados destes estudos, desmistificar e complexificar a questão da vida nas ruas e suas relações é uma das mais caras (LOPES, 2014). Os dados apresentados e as articulações entre eles deixam claro o quanto é difícil responder de maneira rápida e simples às questões que se apresentam às pessoas em situação de rua, assim como aos trabalhadores e serviços envolvidos. A determinação de gênero¹, de raça/cor e escolaridade mantém um forte traço de nossa sociedade quanto à exclusão de negros, com baixa escolaridade² e pobres (BRASIL, 2008). Porém, quando a questão é o motivo de ida para as ruas, drogas, desavenças familiares e

¹ 82% da população é do gênero masculino e 18 % do feminino (BRASIL, 2008).

² 63% estão entre os que nunca estudaram ou têm 1º grau incompleto (BRASIL, 2008).

desemprego – por volta de 30% para cada uma destas questões – misturam-se de uma maneira que a definição da principal causa não fica evidente, dificultando a determinação de qual a forma mais adequada de propor caminhos: tratamento para a questão com as drogas, “restituição” dos laços familiares ou trabalho/emprego (BRASIL, 2008). Provavelmente, as propostas mais adequadas sejam as que se articulam entre esses três campos.

Mitos e preconceitos importantes são quebrados pela pesquisa, tais como a ideia de que as pessoas em situação de rua são “vagabundas e desocupadas”, pois o percentual de trabalhadores é maior – 70,9% exercem alguma atividade remunerada (BRASIL, 2008). Outro mito é o da fome absoluta: é grande o número de pessoas vivendo nas ruas (81%) que se alimentam todos os dias (BRASIL, 2008).

No âmbito das políticas públicas no Brasil, essa população ganhou maior visibilidade com a criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR). Situando-se quase que imediatamente na sequência da pesquisa do MDS, a PNPR se apresentou como um instrumento construído a partir das manifestações dos movimentos sociais envolvidos com esta população específica, em especial do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR). Este, desde a metade dos anos 2000, vem lutando para que a população em situação de rua fosse atendida por um maior número de políticas públicas, deslocando-se assim do campo do assistencialismo e da caridade (LOPES, 2014).

Em sequência à PNPR, a Política Nacional de Atenção Básica criou as equipes do Consultório na Rua (eCR) como uma estratégia de cuidado integral às pessoas em situação de rua. As eCR são equipes multiprofissionais³ que prestam atenção integral à saúde tanto na rua quanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde está lotada. Estas equipes lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção à saúde e da rede do território, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012). As Portarias do Ministério da Saúde nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, estabelecem as diretrizes de organização e funcionamento das eCR. Hoje, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 135 eCR no Brasil (CNES, 2016).

Os problemas de saúde demandados às equipes do Consultório na Rua têm origem em situações complexas, com vários agravos e condições de saúde combinados (tuberculose.

³ Podem compor as eCR: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, profissional de educação física, agentes comunitários de saúde, agentes sociais e auxiliar de consultório dentário.

HIV/AIDS, uso intenso de drogas, entre outros), cujas respostas necessitam de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e diversos outros setores. Diante destas questões, os profissionais de saúde assumem a função de buscar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento, de modo a oferecer melhores respostas a essas pessoas, contribuindo de forma mais efetiva para o desempenho clínico-assistencial (BRASIL, 2012).

É previsto na PNAB que é tarefa do Consultório na Rua organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da eCR e interequipes (NASF, CAPS, etc.). Uma outra função da equipe é também realizar planejamento, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, para a resolutividade das ações e para a gestão do cuidado. (BRASIL, 2012, p. 44).

Nesse contexto, a questão da formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para atuar em equipes de Atenção Básica, como as do Consultório na Rua, coloca-se como um nó crítico que, em parte, deriva das significativas mudanças na maneira de se compreender e agir sobre o processo saúde-doença experienciadas na saúde pública brasileira, desde a implantação do SUS em 1988. A importância dos aspectos socioculturais, políticos e econômicos na determinação do processo saúde-doença tem ganhado centralidade nos processos de produção de cuidado. Mudanças teóricas e práticas foram produzidas e a reorganização do sistema de saúde exige a reorientação de um outro campo não menos complexo: o da formação profissional (CECCIM, 2005).

A formação dos profissionais de saúde – considerando os profissionais de saúde de todas as categorias de nível superior elencadas pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 – historicamente vem reproduzindo uma visão centrada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos superou amplamente o pensar a saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) alertam para a necessidade de se deslocar o eixo biomédico para o da atenção interdisciplinar, conectando os princípios do SUS com estratégias de alteração de perfis profissionais. No caso dos trabalhadores que compõem as eCR, torna-se central o debate sobre a formação e qualificação, o que inclui analisar as competências necessárias para atuar em consonância com as necessidades de cuidado a esta população e a habilidade de trabalho colaborativo e em rede.

Superar a centralidade dos conhecimentos, na construção da força de trabalho para o SUS, pode acontecer com a utilização de uma abordagem pedagógica que utilize o conhecimento, mas não tenha nele o seu limite, modelo no qual os conhecimentos deixem de

ocupar lugar fundamental, colocando nas competências o foco nas práticas educativas (VALENTE; VIANA, 2009). Este tipo de abordagem pode recorrer a métodos ativos de ensino desenvolvendo competências a partir da experiência de conhecimentos, pela via da utilização de situações-problema.

No presente trabalho, as concepções e perspectivas de Phillipe Perrenoud sobre o conceito de competência serão utilizadas como chaves de leitura nessa perspectiva. Para Perrenoud (1999), os conhecimentos são representações da realidade constituídas e armazenadas ao longo da vida acadêmica e experiências pessoais, mais conectadas ao intelecto e à racionalização; já as competências são capacidades de solucionar problemas diferentes encontrados no dia a dia pelo trabalhador.

A partir dessas considerações, este estudo objetivou mapear e apontar as competências necessárias para a atuação de trabalhadores na eCR que estejam em sintonia com as exigências da produção do cuidado junto à população em situação de rua. Para isto, considerou-se como fonte de dados primários para essa composição a opinião, a expertise e a avaliação de trabalhadores de equipes de Consultórios na Rua de todo país e de profissionais de saúde e gestores do SUS com notório acúmulo sobre esta temática e recorte populacional.

Antes de avançar, julgo importante situar o leitor nas motivações para o debruçar sobre os tópicos acima propostos. A discussão e temática se inserem em minha carreira desde o início em 2008, quando tem início a minha relação com os serviços de base territorial. Neste mesmo ano começo a trabalhar como psicólogo no CAPS Ruben Corrêa – no bairro de Irajá, Rio de Janeiro – período do início da expansão da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro e também da relação deste CAPS específico com as equipes de Saúde da Família da região e, com isso, meu envolvimento com o apoio matricial à AB, via CAPS. Em 2010 me formo em especialista em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), inserindo os conhecimentos, debates e questões da saúde pública nas demandas e nos desafios que enfrento em meus espaços de atuação.

Ainda no ano de 2010, passo a integrar a equipe do Centro Pop José Saramago - também em Irajá, no Rio de Janeiro – serviço da rede socioassistencial dedicado à população em situação de rua adulta. Este trabalho e a insipiência de ofertas para esta parcela da população no município do Rio de Janeiro, àquela altura, permitiu que eu produzisse uma série de articulações com o acúmulo que eu trouxe da passagem pela rede de Saúde Mental neste serviço. Esta inserção me levou, em janeiro de 2011, a trabalhar concomitantemente na primeira equipe de Consultório na Rua do Centro do Rio de Janeiro, onde agreguei novamente a função de apoiador matricial, em Saúde Mental, das equipes de Saúde da Família do Centro.

Após um ano e meio (2012) acumulando as funções no Centro Pop e no Consultório na Rua, eu fui convidado para compor a equipe do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, exatamente na gestão das eCR, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do apoio matricial e da relação do DAB com as temáticas de Saúde Mental. No ano de 2013, passei a integrar o conjunto de atores do Ministério da Saúde que participa na formulação do material pedagógico e na formação dos orientadores e tutores dos cursos Caminhos do Cuidado – formação em Saúde Mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, para todos os agentes comunitários de saúde do Brasil.

Desde então, a coordenação e o acompanhamento dos processos formativos do DAB passaram a ser uma das minhas atribuições. Nisto se incluem, desde 2015, os cursos de aperfeiçoamento em apoio matricial – para 4.000 profissionais de NASF – e de aperfeiçoamento em cuidado integral a população em situação de rua – para 950 profissionais das equipes de Consultório na Rua –, ambos em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Nesse contexto, a especialização e o mestrado profissional em administração em saúde, com ênfase no ensino na saúde – para o qual este projeto foi desenhado – se inserem como formas de qualificar minha prática, agregando novos conhecimentos, estratégias e ação e também novos dilemas e desafios do campo da educação/formação de trabalhadores para o SUS, partindo da seguinte questão: quais são as competências necessárias para um trabalhador no Consultório na Rua?

Objetivos

Este estudo visou mapear e apontar os elementos que compõem as competências dos profissionais para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua, no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica, que estejam em consonância com as exigências da produção do cuidado junto à população em situação de rua.

Como objetivos específicos, objetivou-se:

- a. Identificar, com base nas práticas das equipes de Consultório na Rua já em atividade, as competências utilizadas pelos profissionais e seus componentes (conhecimentos, habilidade e atitudes);
- b. Sistematizar e associar os componentes de tais competências levantadas à opinião de *experts* e gestores com experiência em eCR no Brasil;
- c. Propor a síntese das competências mapeadas para o trabalho nas eCR, considerando as implicações nas formações profissionais.

Justificativa

No que tange ao trabalho das equipes de Consultório na Rua, entende-se que as competências do profissional atuante deverão abarcar a complexidade dos casos e a necessidade de articulação com os demais serviços locais para o aumento da resolutividade, aqui entendida como a resposta satisfatória que um serviço de saúde oferece ao usuário do SUS, quando este procura atendimento para alguma necessidade de saúde. Essa resposta não abrange somente a cura de doenças, mas inclui o alívio ou a minimização do sofrimento, assim como a prevenção de outros agravos ou doenças, a promoção e a manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos (TURRINI, 2008).

Posto que as equipes de Consultório na Rua atendem a uma população radicalmente vulnerável, com alta prevalência de agravos promovidos pelo uso de drogas, como também HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outros, há uma necessidade premente de formar profissionais para executar o trabalho de modo cooperativo e articulado em rede.

Justamente por conta da alta vulnerabilidade da população atendida, da complexidade dos casos, assim como pela exigência do trabalho cooperativo e articulado em rede, entende-se que o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua demanda profissionais de saúde formados com os conhecimentos, habilidades e atitudes específicas. Essa formação é de suma importância para assegurar a atenção integral à população em situação de rua.

Pensar a formação e atuação dos profissionais da eCR se mostra importante a partir da existência de, apenas, uma pesquisa nacional sobre população em situação de rua no Brasil, datada de 2007/2008 (BRASIL, 2008) e da incipiência de estudos dedicados a equipes específicas para o cuidado junto a esta população. A maior parte dos estudos encontrados é dedicada à caracterização desta população e aos seus modos de vida, com foco no cuidado a usuários de álcool e outras drogas. No período dos estudos mencionados anteriormente nesta introdução, em especial entre 2012 e 2013, o número de equipes de Consultório na Rua em funcionamento no Brasil era significativamente baixo, próximo a 40 equipes. Hoje, avançou-se para 135 equipes (CNES, 2016), que atuam em quase todos os estados do território nacional.

No que tange à importância científica do estudo como o presente, uma pesquisa inicial sobre o tema⁴ apresentou como estado da arte na produção acadêmica o foco em questões como acesso a serviço de saúde, HIV/AIDS, transtornos mentais/saúde mental, uso de álcool

⁴ Busca realizada em 07 de dezembro de 2015 pelo autor do presente estudo.

e outras drogas e estigma. Apenas um artigo sistematiza o processo de trabalho da eCR. Eis o que foi possível localizar:

- a. Com o descritor “Consultório na Rua”: 15 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS);
- b. Utilizando como descritor a relação entre os dois termos “população em situação de rua” e (*and*) “assistência à saúde”: 41 artigos na BVS, publicados no período de 1984 a 2014, sendo 16 nacionais e 25 internacionais.

Os artigos acadêmicos são, em sua quase totalidade, relatos de experiências. Não há indicação de diretrizes para a organização do trabalho da eCR ou para a formação de profissionais voltados para essa população.

Já no campo da produção oficial (Ministério da Saúde), a mesma se mostrou reduzida sobre o tema e em especial quanto às práticas e à organização do processo de trabalho das equipes. Existem basicamente dois documentos:

- a. Diretrizes Oficiais (Manual de Cuidado à Pop Rua/MS, 2012).
- b. Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua (eCR/RJ, 2014 – UFF/PNH-MS).

Há ainda escassa produção nos conselhos federais das categorias que podem compor a eCR sobre a temática.

Como documento mais antigo e único lançado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), em 2012, o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua visa oferecer orientações gerais para o processo de trabalho das eCR. Este manual elenca em seu sumário vários elementos que pretendem informar e contribuir na organização das eCR. Porém, nele não há indicações sobre as práticas concretas das equipes, apenas diretrizes gerais. Entre os pontos que compõem o manual estão: o contexto histórico político e a caracterização da PSR; os problemas clínicos mais comuns; alguns relatos de experiências e estratégias de cuidado da própria eCR. Dois itens mais específicos deste material são dedicados a propor práticas a estas equipes. O item que trata da abordagem e acolhimento à pessoa em situação de rua apresenta possíveis barreiras que a eCR vai encontrar no seu processo de trabalho: dificuldade no acesso as UBS, hospitais, SAMU, medicamentos, consultas especializadas, serviços especializados no cuidado a álcool e outras drogas, entre outros. Porém, aponta como possibilidade de enfrentar estes problemas humanizar ações e serviços, responsabilizar profissionais e a rede e a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis do SUS, apesar de não haver proposta clara de como se

humaniza, responsabiliza ou reorganiza pessoas, serviços, ou a rede (BRASIL, 2012). No item sobre as atribuições da equipe multiprofissional estão postas diversas competências que a eCR deve ter, entre elas: a capacidade de estabelecer vínculos; de realizar atendimentos individuais e em grupo; ter escuta ampliada e diferenciada; realizar articulação intra e inter setoriais; ter registro das informações; realizar busca ativa; atuar na perspectiva da redução de danos e garantir a segurança do usuário. Não são poucas as competências e expectativas colocadas neste manual em relação aos profissionais e suas atribuições, sem contudo, apontar formas ou estratégias para exercer as atribuições desejadas para a eCR (BRASIL, 2012).

Além deste cenário de pouca discussão, a partir de junho de 2014, com o aumento do custeio mensal destas equipes, houve a ampliação significativa do número de eCR no território nacional. De 2012 ao final de 2013, foram compostas 60 eCR. Com a portaria nº 1.238, de 6 junho de 2014, que aumentou o custeio mensal, o número de equipes pulou para 110 eCR, ao final de 2014, chegando a 135 eCR em janeiro de 2015.

Assim, reconhece-se a pertinência de um estudo que objetive sistematizar elementos que podem compor as competências para trabalhadores que atuam na eCR. Ainda, é consenso que tal composição deveria ser originada pelos profissionais das eCR já atuantes no campo – que podem perceber diariamente as necessidades e demandas específicas –, bem como por especialistas ligados a estas equipes e que estejam em sintonia com as exigências da produção do cuidado junto à população em situação de rua, com os objetivos da PNAB e com os princípios do SUS.

Tendo as questões aqui colocadas como base para o entendimento das competências requeridas para a atuação das eCR, este relato de pesquisa segue em quatro momentos: em um primeiro capítulo, discute-se a questão da formação para o SUS, para a Saúde Mental e para a Atenção Básica, com destaque à noção de formação por competência e suas possíveis contribuições para pensar o trabalho nas eCR; o segundo momento é dedicado a discutir o próprio processo de trabalho das equipes, tal como configurado hoje, apontando elementos que possam sinalizar as competências profissionais demandadas; no terceiro momento, explora-se os caminhos metodológicos seguidos por este estudo, a fim de levantar e sistematizar as competências profissionais a partir da fala de trabalhadores e *experts*; finalmente, o quarto momento versa sobre os elementos e as competências identificadas no estudo em sua potencialidade contributiva na produção do cuidado à população de rua.

A identificação e sistematização de componentes (conhecimentos, habilidades e atitudes) e a construção de uma proposta de síntese das competências para o trabalho nos Consultórios na Rua pretendem informar duas agendas deste campo específico. A primeira é a

da formação de trabalhadores para esta equipe; a segunda é a da gestão destas equipes, em especial na esfera federal pois, como já foi indicado, não foram identificadas, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, orientações claras sobre o fazer desta equipe, sua forma de organizar o processo de trabalho, ou mesmo da resolutividade esperada de cada uma das modalidades existentes, por exemplo. Deste modo, os achados desta pesquisa podem contribuir neste sentido, trazendo elementos concretos e construídos de forma ascendente (dos trabalhadores para a gestão) na qualificação desta política pública.

1 A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO SUS

1.1 A questão da formação em saúde para o SUS: a realidade na Saúde Mental e na Atenção Básica

Desde as origens do Sistema Único de Saúde (SUS) já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, se destacavam as questões de recursos humanos, e em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

Os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde nos últimos anos vêm redefinindo de forma dinâmica as necessidades de requalificação, havendo também um reconhecimento dos ajustes e releituras que o atual momento exige dos profissionais e das instituições, com vistas à construção de estratégias e modelos coerentes com a conjuntura (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001). Estes desafios são ampliados pelo avanço dos serviços territorializados, que utilizam o território como estratégia de mediação entre o serviço, as ações de saúde, o trabalhador e o usuário.

É neste contexto que se apresentam as novas necessidades de formação e qualificação para a Atenção Básica (AB) e a Saúde Mental (SM). É inegável como a Saúde Mental foi se constituindo ao longo do tempo como um campo multiprofissional e interdisciplinar. As intervenções são realizadas, geralmente, por equipes multiprofissionais, deixando evidente os limites da atuação isolada das categorias profissionais e, deste modo, a Saúde Mental tem reconhecidamente avançado nos limites da saúde, construindo para si uma dimensão francamente intersetorial (DAL POZ, 2012).

O deslocamento das práticas e da ética do cuidado à doença/transtorno mental – em que o objeto da saúde é a doença – para às do sofrimento psíquico – que têm no sujeito o seu objeto de produção de cuidado (AMARANTE, 2003) –, torna-se central para a discussão das formações em saúde, pois traz uma necessária apropriação dos profissionais que pretendem atuar no campo de competências que não estarão somente na dimensão dos conhecimentos (cognitivos), mas na relação entre estes, as habilidades e atitudes. Esse deslocamento ético/prático vale tanto para a SM, em que o desafio se colocou pelas necessidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quanto para a AB, no contexto da Reforma Sanitária, movimentos da saúde pública brasileira que foram se tocando e se distanciando ao longo da história (ONOCKO CAMPOS, 2013). Nessa relação entre SM e AB, os elementos território,

relação saúde/doença, perspectiva de trabalho multiprofissional, promoção de saúde e vínculo com os usuários e com a comunidade passam a assumir um lugar de destaque no cenário do cuidado territorializado (PAULON; NEVES, 2013).

É exatamente nessa relação entre a Saúde Mental e Atenção Básica que o Consultório na Rua se insere. Nos dois campos (SM e AB), as intervenções necessitam ampliar seus escopos na atenção à saúde e contemplar todos os mais diversos aspectos da vida. Na contramão de outros setores da saúde, mas reféns e fiéis à necessidade de incorporação de tecnologias, aparelhos e exames sofisticados, na Saúde Mental e na Atenção Básica é central o apoio na escuta e no vínculo, tecnologias eminentemente humanas (DAL POZ, 2012). Assim sendo, a formação dos profissionais destas áreas tem uma singular importância, devendo formar profissionais com competências e habilidades para atuar nos variados cenários de práticas destes campos e também preparados para uma atuação territorializada. A rigor, o trabalho prescrito para estes dois campos (SM e AB) já contempla os elementos citados previamente (território, relação saúde/doença, perspectiva de trabalho multiprofissional, etc.), contudo, há uma distância significativa entre o prescrito e o real, tanto no trabalho das equipes que atuam nestes campos quanto na lógica pela qual estes trabalhadores foram formados para assumir tais demandas (ONOCKO CAMPOS, 2013; RABELLO, 2014).

A necessidade de transformações nas formações em Saúde Mental e na Atenção Básica são parte do empenho por mudanças paradigmáticas na forma de oferecer saúde à população. Para ofertar esse modo de atenção territorializado e mais conectado às tecnologias relacionais (das relações humanas), outras exigências ficam colocadas para os profissionais e sua formação. Será crucial que, por exemplo, os profissionais da Atenção Básica incorporem mais componentes das práticas em Saúde Mental no seu fazer cotidiano (DAL POZ, 2012; LUZ, 2004).

De um modo geral, devemos assumir e encarar a fragilidade na formação em saúde como um elemento importante para a sequência da Reforma Sanitária Brasileira, assumindo também que a sustentabilidade em longo prazo das políticas assistenciais depende do avanço nas estratégias de interação com o histórico problema da negligência de políticas para formação de recursos humanos para o SUS (DAL POZ, 2012).

Nesse contexto, o conceito de competência pode nos servir como uma estratégia de intervenção, objetivando transpor os dilemas atuais das formações no campo da saúde.

1.2 Competência: um conceito polifônico

No mundo do trabalho, a transição de um modelo fordista de organização dos processos produtivos para um modelo denominado de “flexibilização produtiva”, acelerado por uma dinâmica de mercado favorecida pelas tecnologias eletrônicas, estabelece novos formatos e significados para o trabalho. As recentes exigências do mundo do trabalho revelam a necessidade de estabelecer o debate no campo da formação profissional, o que inclui o conceito de competência (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001). Essa inclusão acontece em parte pelas novas demandas do mundo do trabalho, assim como pelo esgotamento dos métodos que se propõem a adaptar as pessoas aos postos de trabalho (LIMA, 2005).

Pode-se verificar, na literatura educacional, três tipos mais importantes de abordagens sobre o conceito de competência (LIMA, 2005): na primeira, competência é considerada como sendo um conjunto de atributos pessoais de um sujeito; a segunda atrela competência a tarefas realizadas, ou seja, a resultados observáveis; e a terceira propõe a integração de atributos pessoais para a realização de ações objetivando chegar a determinados resultados em contextos específicos (abordagem dialógica). Esta concepção de competência opera com a combinação de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) para a realização de ações características de uma determinada prática profissional, sendo necessariamente construída na interação entre a formação e o mundo do trabalho (LIMA, 2005).

A capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar de forma adequada e eficaz diferentes situações foi outra maneira de conceituar competência, realizada por diversos autores na área educacional (HAGER; GONCZI, 1996; PERRENOUD, 1999b; HERNÁNDEZ, 2002; LIMA, 2005). Assim, competência não é algo que se possa observar diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho do sujeito diante de situações e problemas concretos (LIMA, 2005). Deste modo, o domínio da ação em um dado contexto é fundamental, pois será somente no desempenho de situações da prática que o sujeito poderá utilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, assumindo novos sentidos, atravessados pelo conjunto de valores pessoais.

Quando se traz essa discussão e suas ferramentas para a formação de trabalhadores para o SUS, tem-se aqui a exigência de aproximação dos campos do trabalho e da educação, trazendo a concepção de competência para o lugar de resultante da relação entre o mundo de aprendizagem e o mundo do trabalho, fazendo com que a natureza do conhecimento seja explicitada pelo contexto da aquisição e na forma do seu uso (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Deste modo, colocar as tensões e exigências do mundo do trabalho e da prática profissional

no centro do debate formativo pode contribuir para as Instituições de Ensino e Pesquisa na tarefa de repensar seus currículos e processos de avaliação, contribuindo também para que a reorientação do planejamento educacional possa se constituir a partir do perfil de competência do egresso que se deseja formar (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

O referencial conceitual de competência que foi adotado como base para a discussão deste estudo é o de Phillipe Perrenoud. Para este autor, o conhecimento do profissional é construído através de sua experiência e é definido como o conjunto de esquemas de pensamento e de ação que um determinado sujeito dispõe (PERRENOUD, 2001). A construção deste processo irá determinar suas percepções, interpretações e, conseqüentemente, as decisões tomadas, com o propósito de interagir com as questões e os problemas reais do trabalho cotidiano (VALENTE; VIANA, 2009).

A decomposição do conceito de competência em conhecimentos, habilidades e atitudes, tal como explorada nos capítulos a seguir, foi adotada estrategicamente para realizar o campo proposto neste trabalho, a partir de uma matriz analítica da ideia de competência que de forma alguma propõe a decomposição *stricto sensu* do conceito. Segundo Saupe (2006, p. 33), em uma visão mais analítica da ideia de competência, esta conteria em si os elementos do conhecimento, da habilidade e da atitude. Conhecimento é o conjunto de informações que possibilita ao profissional o domínio do “saber”, do registro e acesso à informações de dada esfera ou temática. Já as habilidades são o conjunto de experiências que fornecem ao profissional o domínio do “saber fazer, saber realizar”, sejam no sentido psicomotor (fazer um procedimento manual) ou cognitivo (solucionar problemas ou operar esquemas de decisão). As atitudes são o conjunto de comportamentos que confere ao profissional o domínio ético e afetivo de um “saber ser e saber conviver”. É a partir desta matriz analítica do conceito de competência que foi construído o campo de investigação.

Retomando a visão de competência de Perrenoud (1999, p.7), esta significa “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”, apontando que no enfrentamento de um problema vários serão os recursos cognitivos complementares mobilizados, entre eles os conhecimentos. Avançando ainda mais na conceituação sobre competência, Perrenoud (1999b) a descreve como a maneira eficaz de interagir com situações semelhantes, ou análogas, articulando recursos cognitivos com saberes, informações, capacidades, valores e atitudes, de forma criativa e associada.

Quando se transpõe essa discussão para o terreno da formação e do trabalho em saúde, as competências surgem como recursos demandados aos profissionais, sob a forma de

conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para consolidar os Consultórios na Rua, a Atenção Básica e o SUS, processos que operam entre os conhecimentos técnicos e o contexto social, podendo com esse movimento contribuir para a ampliação do potencial resolutivo da AB (SAUPE et al, 2007).

2 O TRABALHO NAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

2.1 Do Consultório de Rua para Consultório na Rua (ou: da Saúde Mental para a Atenção Básica)

No âmbito das políticas públicas no Brasil, a população de rua ganha maior visibilidade com a criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR). As questões trazidas pela PNPR ultrapassam a garantia de direitos e do acesso desta população específica aos serviços e às políticas públicas. Insere outros elementos, demandas e necessidades para este campo de disputas, tornando igualmente complexo o conjunto de atores, serviços e políticas públicas, com especial destaque para os serviços do SUS – Consultórios na Rua (LOPES, 2014).

Uma experiência iniciada em 1999, em Salvador/Bahia, merece destaque como proposta para lidar com as questões da PSR no campo da saúde (BRASIL, 2011). A partir da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua e de sua exposição aos mais diversos riscos e da inadequação dos serviços de saúde em oferecer acesso a esta população, o prof. Antonio Nery Filho, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), propõe que a equipe do CETAD passe a trabalhar em regiões da cidade de Salvador onde a concentração dessa população e os riscos sociais, físicos e psicológicos eram maiores, surgindo assim as primeiras equipes de Consultório de Rua da Bahia. Este trabalho seguiu de 1999 até o ano de 2006 (BRASIL, 2011). Inspirado nesta experiência, o Ministério da Saúde, no ano de 2009, propõe o Consultório de Rua (CR) como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS (BRASIL, 2009) e o Material de Trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS, do Ministério da Saúde/EPJN-Fiocruz (BRASIL, 2010).

Concomitante aos CR e reconhecendo as limitações das equipes de Saúde da Família (eSF) para oferecer acesso e atender a PSR, na AB, em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou a primeira equipe de Saúde da Família para atender esta população específica, sem território fixo de abrangência, e que passou a ser o equipamento de saúde de referência para essa população (REIS, 2011). O município de São Paulo, com histórico semelhante ao de Belo Horizonte, também implantou equipes de Saúde da Família para PSR (CANÔNICO, 2007) e, em 2010, os municípios do Rio de Janeiro, Porto Alegre e

Curitiba, espelhados nas experiências anteriores, implantaram suas referidas equipes (BRASIL, 2012c).

Em 2011, o SUS ainda contava com CR integrantes da Política Nacional de Saúde Mental. Apesar da PSR demandar cuidado não apenas pelas questões provenientes do uso de álcool e outras drogas, ou pelo sofrimento ou transtorno psíquico (BRASIL, 2009), este foi um ponto importante deste processo de transição, pois o Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua (MNPSR), que a partir de 2003 (1º governo do Partido dos Trabalhadores – Governo Lula) passa a ter encontros sistemáticos com o Poder Executivo (Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Casa Civil) e com o lançamento da Política Nacional para População em Situação de Rua (2009), passa a pressionar mais fortemente o Governo para que as ofertas de saúde não fossem focadas em questões de Saúde Mental, mas sim em atenção integral na Atenção Básica. Isto facilita, inclusive, o acesso da população pela capilaridade dos serviços e a coordenação do cuidado, pelo fato de a AB ser porta de entrada preferencial do sistema de saúde (LOPES, 2014).

Partindo da análise das ações dos CR acrescidas das experiências municipais citadas de atendimento à PSR oferecido na AB, além do pleito do MNPSR, em 2011, acontece a transição dos Consultórios de Rua (SM), sendo instituídas na Política Nacional de Atenção Básica as equipes de Consultório na Rua (eCR) como estratégia de cuidado integral às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011). Tais equipes, referendadas pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, têm como objetivos lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção à saúde e da rede do território, de acordo com a necessidade do usuário. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, atualmente o SUS conta com 135 eCR no Brasil (BRASIL, 2016a).

Na atualidade, as equipes de Consultório na Rua têm de lidar com uma alta prevalência de casos com os quais são demandadas a atuar de forma resolutiva e com a organização de um complexo processo de trabalho que priorize o cuidado em saúde de forma integrada e em rede. Essa dinâmica se insere em um processo histórico que ainda recebe os efeitos de processo de transição das equipes de Consultório de Rua – inseridas no campo e nas práticas da Saúde Mental – que se transformaram em Consultórios na Rua – atuando com as diretrizes da Atenção Básica – e que afetam diretamente as noções de objetivos da equipe e por consequência as próprias práticas realizadas (BRASIL, 2012b).

As experiências de trabalho de equipes específicas para o atendimento em saúde à PSR no Brasil aconteceram em dois campos que, apesar de seguirem os mesmos princípios e diretrizes do SUS, têm lógicas de funcionamento, objetivos e práticas distintas. No universo de práticas merecem destaque os campos da Saúde Mental e da Atenção Básica. Para o caso específico do cuidado à PSR, esta distinção se apresenta claramente nos objetivos, assumindo que na Saúde Mental os Consultórios de Rua disponibilizavam recursos para os cuidados básicos de saúde aos usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade, encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde (BRASIL, 2010). Como diretriz desta vertente há o Guia do Projeto Consultório de Rua e o Material de Trabalho da II Oficina Nacional do Consultórios de Rua, propondo que este serviço atue na perspectiva de uma atenção à saúde, em especial para os riscos associados ao uso de álcool e outras drogas, além dos riscos relacionados ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010). Isso deixava evidente o foco em pessoas com questões referentes ao uso de álcool e outras drogas, em situação de alta vulnerabilidade, instituindo como função essencial da equipe a atuação como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde, possibilitando sua inserção na rede (BRASIL, 2009).

Os objetivos dos Consultórios na Rua, expressos na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a), estabelecem como responsabilidade articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a). Assim, como qualquer outra equipe de Atenção Básica, deve caracterizar-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando com isso desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2012a).

A composição atual das equipes pode se constituir em outro ponto de tensão futuro para o processo de implantação desta política pública, já que a presença maciça de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas equipes pode ter influência no conjunto de ofertas clínicas, nas formas de organização do processo de trabalho, além de também tensionar o campo de atuação com novos e diferentes dilemas éticos ligados à atuação dos profissionais no contexto das ruas – por exemplo: quais procedimentos podem ser realizados na rua?

O processo de transição dos Consultórios de Rua (SM) para Consultórios na Rua (AB), descrito nos parágrafos anteriores e celebrado pela PNAB em 2011, ainda traz efeitos para a definição das competências dos profissionais que compõem as referidas equipes e

provavelmente seguirá reverberando por algum tempo. Portanto, deve fazer parte das análises de futuros processos formativos específicos.

2.2 O que são e como funcionam as eCR hoje

As equipes de Consultório na Rua integram o componente Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São equipes multiprofissionais que desenvolvem suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, construindo ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. Vale ressaltar que nas atividades das equipes está incluído todo o rol de cuidados primários, com ênfase na busca ativa aos usuários de álcool e outras drogas e na lógica da redução de danos (BRASIL, 2011).

As equipes do Consultório na Rua têm carga horária mínima de 30 horas semanais, tendo o horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana (BRASIL, 2012a).

Cada equipe é responsável por uma população de no mínimo 80 e no máximo 1.000 pessoas em situação de rua. Em municípios ou regiões onde a população em situação de rua for menor do que 80 pessoas, o cuidado integral destas pessoas é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família do território onde estas pessoas estão concentradas (BRASIL, 2011).

Estas equipes de saúde seguem os atributos da Atenção Básica, como: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011).

As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades e composições (BRASIL, 2014):

Modalidade I – compostas por quatro profissionais, dentre os quais dois deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. Os outros dois profissionais para a composição da equipe podem ser, além destes citados, os seguintes: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação.

Modalidade II – composta por seis profissionais, dentre os quais três deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Os outros três profissionais para a composição da equipe podem ser, além destes citados, os

mesmos descritos na Modalidade I.

Modalidade III – é composta pelo mesmo número e profissões possíveis na Modalidade II e adicionada de um profissional médico.

Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

3 A INVESTIGAÇÃO

3.1 A questão da pesquisa

Para iniciar a descrição do processo investigativo, cabe aqui reafirmar as equipes de Atenção Básica para populações específicas (população em situação de rua), os Consultórios na Rua, como objeto de estudo. A pergunta de pesquisa que orienta este estudo é “quais são as competências necessárias para um trabalhador no Consultório na Rua?”.

A pesquisa traz como objetivo geral mapear e apontar os elementos que compõem as competências dos profissionais para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua, no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica. Além deste, outros dois são postos como objetivos específicos: identificar, nas práticas das equipes de Consultório na Rua já em atividade, as competências utilizadas pelos profissionais e seus componentes (conhecimentos, habilidade e atitudes); e sistematizar e associar os componentes de tais competências levantadas à opinião de *experts* e gestores com experiência em eCR no Brasil.

3.2 Desenho metodológico

Este estudo teve caráter exploratório, em uma abordagem qualitativa, e utilizou duas estratégias de coleta e sistematização de dados, realizadas em dois momentos: em um primeiro, foram realizados grupos focais com as equipes de Consultório na Rua do Distrito Federal com fins a uma aproximação da realidade do trabalho, a partir do ponto de vista dos trabalhadores; uma segunda etapa foi dedicada à construção de consenso sobre competências para trabalho na eCR em consulta a trabalhadores, gestores e *experts* na área da educação em saúde e da atenção à PSR. Esta segunda etapa foi realizada via método Delphi, que pode ser definido como "um método para estruturar um processo de comunicação grupal de maneira que o processo é efetivo em permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, a lidar com um problema complexo" (TUROFF; LINSTONE, 1975, p. 3). A seguir, estão detalhadas ambas as etapas com seus respectivos métodos e objetivos, além da descrição dos achados derivados de cada momento.

3.2.1 Aproximação com o campo: os grupos focais

Para uma primeira aproximação com a realidade do cotidiano de trabalho das eCR, foi realizado um grupo focal para levantar os elementos e atributos necessários ao trabalho junto à PSR. As falas evocadas nos grupos indicariam conhecimentos, habilidades e atitudes que

puderam, posteriormente, ser estruturados e submetidos à apreciação de um grupo de *experts* na área, a nível nacional.

O grupo focal é uma técnica utilizada em pesquisas qualitativas com o objetivo de coletar dados através da interação grupal. A técnica propõe a reunião de um grupo de pessoas para expor e discutir como se sentem e/ou pensam em relação a um determinado tema ou fenômeno, com o objetivo de oferecer dados ao pesquisador a partir da fala produzida da interação dos sujeitos em grupo (DE ANTONI et al, 2001). O grupo focal geralmente é conduzido por um pesquisador/moderador, orientado por um conjunto de tópicos centrais a serem discutidos, permitindo que os participantes se posicionem diante das questões colocadas com suas próprias palavras (GOMES; BARBOSA, 1999).

Essa técnica também permite que cada resposta do grupo seja acompanhada de outras séries de investigações, possibilitando que os porquês de cada resposta do grupo também sejam aprofundados. Permite também ao pesquisador avançar no levantamento de detalhes sobre o tema investigado. Por este motivo, Munaretto, Corrêa e Cunha (2013) afirmam que os grupos focais são ferramentas importantes na coleta de dados qualitativos preliminares sobre determinado fenômeno ou questão de pesquisa. Neste sentido, o grupo focal também pode ser utilizado como fonte primária de dados, justificando assim o uso da técnica como constituinte de uma perspectiva exploratória (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

Quanto aos participantes do grupo focal, sugere-se que os grupos sejam homogêneos. A existência de características semelhantes entre os membros do grupo, na relação com a temática a ser abordada/investigada, é importante para o desenvolvimento da técnica (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

Como principais características de um grupo focal, Gomes e Barbosa (1999) propõem: (1) que cada grupo seja composto por um pequeno número de pessoas (entre cinco e doze) para facilitar e incentivar a interação entre os membros; (2) que cada sessão dure entre uma a duas horas; (3) que a discussão aconteça abordando poucos tópicos (no máximo cinco assuntos); (4) que o pesquisador/moderador tenha a mão as questões que vão orientar as discussões, preferencialmente questões abertas; (5) que possa haver a presença de observador/relator externo, que não se manifesta, presente exclusivamente para captar as falas e reações dos participantes; (6) que o grupo focal deve captar informações e não as dar.

Para este trabalho, três grupos focais foram compostos por quinze profissionais, no total, das três equipes de Consultório na Rua, no Distrito Federal/DF (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia). Foi realizado um grupo focal com cada uma eCR do DF. Os grupos foram orientados pela apresentação de tópicos-guia (APÊNDICE B), estimulando a conversa

sobre questões referentes ao dia a dia do trabalho das equipes que pudessem suscitar comentários acerca das competências necessárias para o trabalho nas eCR. Cada grupo focal teve duração de uma hora a, no máximo, uma hora e trinta minutos e aconteceu em sala de atendimento ou de reunião dentro das unidades de saúde onde as equipes estão lotadas.

O objetivo desta etapa da pesquisa foi levantar elementos para a construção do primeiro instrumento do método Delphi (consulta técnica), produzido a partir da análise das falas dos grupos. A escolha de levantar dados junto às equipes por meio de grupos focais se deu porque se configurou como uma possibilidade de acesso à experiência da equipe após a publicação da Política. Além disso, ainda não há na literatura científica uma vasta publicação sobre o tema em questão. Assim, os grupos focais possibilitaram uma primeira imersão no universo das eCR do Distrito Federal⁵, permitindo que os encontros e os debates contribuíssem sobre maneira para a contextualização dos conhecimentos, habilidades e atitudes sugeridos na análise do conteúdo produzido.

O critério para participação nos grupos focais foi ser profissional de uma das três equipes de Consultório na Rua do Distrito Federal (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia). Os critérios de exclusão foram: não cumprir os requisitos de inclusão ou não aceitar o convite de participação.

O primeiro movimento da pesquisa junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro⁶, foi uma reunião de apresentação da pesquisa aos dirigentes da Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal (APS/DF) – o diretor da APS e o coordenador das eCR. Após esse encontro, aconteceu outra reunião para apresentar a pesquisa aos trabalhadores das eCR e convidá-los para participar do estudo, definir as datas para os encontros nas unidades de saúde e discutir sobre as possíveis contribuições que a investigação pode trazer para o trabalho das eCR.

A proposta do estudo foi bem aceita por todos, pois ambos (gestores e trabalhadores) referiram dificuldades no dia a dia junto às equipes, passando pela atuação individual dos trabalhadores, processo de trabalho, assim como no manejo e compartilhamento dos casos acompanhados na rede de saúde e assistência social. As falas durante a reunião sobre a

⁵ Foram escolhidas para os grupos focais os Consultórios na Rua do Distrito Federal por alguns motivos específicos: conveniência de ser a cidade onde o pesquisador reside, existência destas equipes na AB desde 2013, serem todos os trabalhadores servidores públicos e a existência da equipe do Plano Piloto existe desde 2010, anteriormente como Consultório de Rua (SM).

⁶ O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (instituição na qual se insere o pesquisador como mestrando profissional), sob o parecer de número 1.662.506.

pesquisa e seu produto foram a respeito da carência dos materiais que poderiam ajudar na definição dos diversos afazeres das equipes, entre eles a relação com a rede, as atribuições da equipe como um todo e dos membros inseridos nela e indefinição de metas e indicadores de saúde específicos para o trabalho com a PSR. Outro ponto importante, explicitado no encontro, foi a distância entre os gestores da Secretaria de Saúde e das eCR, além da desconexão entre as próprias três equipes.

Nessa reunião ficou evidente a fragilidade na sustentação de processos de trabalho que fossem baseados em informações clínicas ou de gestão, deixando flagrante um alto grau de improvisação e de apostas individuais na condução dos processos de trabalho das eCR, sem que fossem mencionadas pactuações coletivas entre todos os envolvidos. A tônica deste encontro foi a de apropriação desta pesquisa como uma oportunidade de sistematização de práticas das equipes para posterior proveito dos próprios participantes e do pesquisador, enquanto gestor da área.

Uma decisão tomada na condução da pesquisa foi a de que os grupos focais não fossem conduzidos pelo pesquisador principal, pois este ocupa um lugar na gestão federal dos Consultórios na Rua desde que a política foi implementada (2012), fato que poderia criar desconforto entre os participantes e produzir vieses na pesquisa. Deste modo, dois grupos focais foram conduzidos por uma pesquisadora da UERJ (Ceilândia e Taguatinga) e um grupo focal (Plano Piloto) por uma pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/Brasília.

Acordadas as datas para execução dos grupos focais, algumas questões gerais do trabalho no Consultório na Rua e elementos específicos, ligados aos objetivos da pesquisa, foram propostas para roteiro do grupo focal com as eCR. Pensando em um momento inicial de aquecimento do grupo e do debate, as questões propostas foram:

1. Quais são as trajetórias profissionais da formação até o trabalho na eCR?
2. Como é a experiência de trabalho em uma eCR?
3. Saberes, habilidades e atitudes importantes para o trabalho nas eCR:
 - a) Quais são?
 - b) Para que são importantes?
 - c) Como ou onde adquire/aprende?
4. Quais são os desafios do trabalho nas eCR?

Os grupos foram iniciados após os participantes declararem o consentimento registrado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A). A

condução foi realizada por um pesquisador e também houve o registro realizado por um relator, além da gravação em áudio. Todos os grupos aconteceram no mês de agosto de 2016.

3.2.2 Resultados e discussão dos grupos focais

O primeiro grupo focal aconteceu em Ceilândia. Fizeram parte três trabalhadores – uma assistente social, um psicólogo e uma técnica de enfermagem. O grupo havia sido agendado com os cinco trabalhadores desta equipe, porém no dia do encontro dois não puderam comparecer por motivos de saúde, sendo avaliado que seria importante manter este momento de conversa e coleta, mesmo com um número reduzido de trabalhadores. Dos três, apenas uma declarou escolher ir para o Consultório na Rua por interesse na especificidade do trabalho, os outros dois fizeram a escolha pela adequação da vaga de trabalho ser próxima ao seu local de moradia, mas sem uma percepção, interesse específico ou mesmo curiosidade sobre o trabalho com a PSR. A equipe tem outros três trabalhadores (outra assistente social, um enfermeiro e outra técnica de enfermagem) que estavam de férias ou folga no dia marcado para o encontro, de modo que não participaram da pesquisa.

Neste grupo, a conversa trouxe à tona, logo no início, a questão da falta de referências para este trabalho, desde a distância entre a formação e os dilemas diários das práticas em saúde junto à PSR – produzindo um trabalhador pouco habilitado para situações ou que fuja do que vem sendo habitualmente preconizado pelas instituições formadoras – até a superficialidade dos materiais oficiais específicos destinados à qualificação destas equipes.

Acho que uma angústia grande também é o como fazer. Às vezes, a gente fica tão enraizado nessa questão de uma coisa mais tradicional em saúde que aí a gente se pergunta: como fazer? (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Não tem uma memória, um procedimento para você falar “olha, você está chegando e a gente espera isso de você... espero que a sua atuação percorra esse caminho aqui”. A gente não tem isso. A gente poderia sentar com as outras equipes para saber como elas estão fazendo, as qualidades deles, “ah, eu vou fazer assim porque eu acho que é assim”, tudo que está, como se fosse um protocolo, não para fechar o nosso próprio, mas pelo menos para nortear. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Até porque são várias portarias, manuais e tudo é muito superficial, são muito rasas as informações. Eu não achei um manual que fala “o papel do psicólogo” na equipe da população em situação de rua, para trabalhar na equipe do Consultório na Rua é essa. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

[...] no final das contas a gente pergunta assim “será que eu estou indo fazer algo que na minha cabeça já está pronto e que não atende à demanda daquela população?” (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Outro ponto elencado por esta equipe foi a necessidade de conhecimentos sobre as diversas políticas públicas, sendo este um elemento que se relaciona diretamente com o manejo dos casos junto à rede local.

[...] eu acho que você precisa conhecer bem o sistema de saúde público para você saber os diferentes campos de inserção e, também, para você poder brigar quando alguém negar, você fala “olha, existe isso, está naquela portaria tal, tá aqui e tem que fazer”. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Eu acho que é interessante conhecer o que existe nas políticas, quem são os parceiros, né, quem são os meus parceiros aqui dentro do território e dentro de cada uma dessas políticas. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Isso é muito ruim, você está dentro de uma rede de saúde e os nossos colegas não conhecem e quando a gente for acessar a gente tem que encontrar uma resistência muito grande nesse sentido. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Às vezes, a gente tem um paciente que a rede inteira conhece, aí eles fazem reuniões para tratar só sobre aquele paciente, todo mundo, CAPS, CREAS, junta todo mundo. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

A resolutividade do Consultório na Rua e a continuidade das ações da equipe junto à PSR são colocadas como uma das questões limitantes e angustiantes para a eCR. Deste modo, a produção de autonomia, a resolutividade clínica dos casos e a competência para realizar diagnósticos dos agravos e doenças mais prevalentes surgem fortemente nas falas dos trabalhadores.

Uma coisa que eu notava, principalmente com a primeira equipe (de Ceilândia), é que tinha uma angústia muito grande porque não se achava resolutiva, a equipe não se achava resolutiva. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Tem um limite da nossa ação, porque também, às vezes, a gente cai numa armadilha de entender que a gente precisa fazer tudo pela pessoa e aí a gente age na contramão do empoderamento. A gente vira uma muleta na vida daquela pessoa e não empodera. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Não, a gente não veio tirar ninguém. Os espaços são públicos, né, as pessoas podem ficar e permanecer. O que não pode é roubar, é assaltar. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

É uma dificuldade em conseguir dar continuidade e não perder a credibilidade. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Eu sinto, às vezes, do profissional um pouco de medo de, às vezes, você chegar e você desencravar algo que você não vai ter medo de lidar. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

É importante saber diagnosticar tuberculose, câncer, são doenças que a gente acredita que podem estar presentes no público. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

A organização do processo de trabalho das equipes também tem espaço nos enunciados deste grupo. Assim, competências para o planejamento e monitoramento das ações são nomeadas durante os debates.

A própria equipe tem que ter essa habilidade de planejar, de como vai fazer, quais são as nossas metas para esse ano, o que a gente espera fazer e até em relação a esses convites institucionais. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

[...] a gente pensar todas essas adaptações que a gente precisa gerar dentro de um sistema que é muito rígido, às vezes, na Secretaria de Saúde. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Sensibilizar os demais trabalhadores da rede de saúde, assim como a população em geral do trabalho da eCR, aparece como ação a ser incluída no processo de trabalho das equipes.

Às vezes, eu fico pensando que também essa habilidade de sensibilizar o público para o trabalho que é desenvolvido para aquela população que precisa de uma atenção diferenciada. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

Aí ele (o usuário) chega aqui na unidade no dia e porque não tem alguém do Consultório na Rua ninguém mais quer atender, porque já ocorreu “ah não, o senhor é com o pessoal da equipe lá”, “ah, eles estão em abordagem”, “eles não estão aqui, então você volta para falar com eles”. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

E aí na cabeça das pessoas, a gente já ouviu isso, né, “poxa, não tem médico no hospital e vocês estão aqui com essa população, tratando esse povo, tratando essa gente. O que vocês estão fazendo aqui? Vocês deveriam estar dentro de um hospital”. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

[...] somos a única unidade básica que tem um psicólogo dentro da unidade e, às vezes, o paciente chega “ah não, quero uma consulta com o psicólogo”, “mas o psicólogo, ele atende uma população específica”, “ah não, isso é uma pouca vergonha de vocês porque ele fica atendendo esse povo e a gente que precisa não tem acesso”. (Trabalhador da equipe de Ceilândia).

O segundo grupo focal aconteceu em Taguatinga. Dos três Consultórios na Rua, este foi o que parecia estar encarando a pesquisa como um evento institucional. O fato de o pesquisador trabalhar diretamente com a gestão desta política pública, no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, produziu um efeito na chegada dos pesquisadores na unidade de saúde. Antes do grupo focal começar, a equipe fez questão de que assistíssemos a gravação de um programa de televisão dominical, que teve como tema de uma das matérias o trabalho dos Consultórios na Rua e, logo em seguida, nos fez uma apresentação formal do trabalho da equipe e dos dados produzidos por ela até aquele momento. Havia um tom de formalidade no início que foi se diluindo conforme o grupo focal foi transcorrendo, ao longo das questões de aquecimento que mapeiam as experiências anteriores dos participantes, antes de entrar mais declaradamente no objeto da investigação.

Estavam presentes cinco trabalhadores: um motorista, uma psicóloga, um médico, uma técnica em enfermagem e uma enfermeira. Além dos profissionais que participaram do grupo focal, a equipe possui uma assistente social e uma enfermeira que não estiveram presentes por estarem de folga ou férias no dia do encontro.

De maneira muito assertiva, a questão do despreparo desde a universidade até os mecanismos de formação em serviço (Educação Permanente) na qualificação para o trabalho nesta equipe de Atenção Básica específica, ou mesmo junto à PSR, vieram à tona, assim como a necessidade da construção de pactos e arranjos coletivos sobre os modos de funcionamento

do Consultório na Rua, além, é claro, de instrumentos normatizadores oficiais (protocolos de encaminhamento, segurança) que operacionalizem o trabalho das equipes.

Isso não aprende na faculdade. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

A gente não é preparado para trabalhar com o Consultório na Rua, que é um serviço novo e essa construção foi feita no dia a dia. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

E no Consultório na Rua eu ainda sinto falta disso, dentre várias coisas, de atribuições de profissionais, um protocolo de segurança, uma coisa mais fechada que a gente já tentou nesses 3 anos, tem tentado fechar esse protocolo. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

É muito difícil você formalizar uma maneira correta. Não existe maneira correta, existe a maneira que resolva, no meu pensamento. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

A necessidade de aprimoramento dos conhecimentos em Saúde Mental e também para os problemas com álcool e outras drogas aparece nas falas do grupo. Além disso, o respeito à autonomia e às decisões dos usuários, tema central para o trabalho na perspectiva da Redução de Danos, é citado.

O conhecimento mais profundo na área de tratamento de álcool e outras drogas, né, porque foi uma coisa que foi bem superficial na minha graduação e é o que a gente... acho que 90% das pessoas que a gente atende aqui. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

Saber respeitar as decisões deles mesmo, desse senhor que não quer sair da rua, pra mim eu vejo o melhor caminho, mas para ele não é. Essa coisa foi bem difícil pra mim no início, respeitar, não que eu não fosse respeitar, mas entender que o que é melhor pra mim não é o melhor para ele. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

Algumas especificidades do trabalho, como o caráter quantitativo e os dilemas com a produtividade, também foram debatidas entre o grupo.

O nosso trabalho não é quantitativo, é qualitativo. A gente, às vezes... a minha produtividade, às vezes, eu vou fazer e fico triste porque só 3 (risos), porque, às vezes, a gente gasta um dia inteiro por conta de 1 paciente para resolver as demandas dele. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

Novamente os agravos e doenças mais prevalentes na PSR são trazidos como elemento importante na construção das competências necessárias para este trabalho.

Eu tive que reaprender um pouco da área da medicina que estava há um tempo sem estudar, essa área das doenças básicas mais prevalentes na população. (Trabalhador da equipe de Taguatinga).

O último grupo focal aconteceu com a equipe do Plano Piloto. Esta é a equipe com o maior número de trabalhadores, são nove profissionais no total. No dia do encontro, sete profissionais estiveram presentes: uma enfermeira, uma psicóloga, dois técnicos em

enfermagem, um residente em medicina de família e comunidade, uma assistente social e um médico. A equipe possui ainda mais uma psicóloga e outra enfermeira. Esta eCR tem outra particularidade, que é funcionar nas instalações do Centro Pop – serviço especializado em PSR adulta da Secretaria de Assistência Social do DF. Esse fato produz uma demanda singular, pois como o Centro Pop é um espaço de convivência e referência sólida para a PSR, funcionando desde 2013 na Quadra 903 Sul do Plano Piloto, quando o Consultório na Rua foi transferido da Rodoviária para este atual local, as demandas da PSR chegam à porta da equipe de modo facilitado, ampliando o acesso e a possibilidade de programar atendimentos e atividades. Porém, paradoxalmente, esse fato tem também limitado as ações e os atendimentos desta eCR nas ruas, limitando as ações externas da equipe a uma visita por semana às redondezas da mesma quadra onde está situada.

Durante o grupo focal, mais uma vez surge a questão da formação profissional para este trabalho e da necessidade de metodologias de trabalho específicas. Porém, outros elementos aparecem pela primeira vez, como a necessidade do trabalho multidisciplinar e coletivo.

Eu achava que trabalhava integralmente já na Atenção Primária, que a gente sempre foi treinado a fazer isso, né, e eu já achava que aquilo ali era uma abordagem integral, mas aqui eu tive a oportunidade de conhecer um pouco mais a abordagem integral à medida que eu fui permeando o trabalho dos outros profissionais. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

É, eu acho que ainda não existe uma metodologia para lidar com o pessoal na rua não. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

E essa relação multiprofissional é excelente para o nosso atendimento e para as necessidades do usuário também. A gente ir para a rua captaria a realidade dele, o porquê dele não está conseguindo ir para a consulta, buscar um abrigo, a gente vai conseguir detectar ali ou não, é o momento dele. A gente fica mais sensível a essas questões. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

E eu acho que o Consultório na Rua tem um pouco dessa característica também de ter muita diversidade de coisas que acontecem todos os dias, coisas diferentes... a forma que a equipe trabalha, que é uma forma de trabalhar muito junta, muito um dentro do trabalho do outro mesmo, assim, e quando a gente atende um paciente a gente atende ele em conjunto com o todo e isso facilita porque todo mundo sempre sabe o que está acontecendo. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

As competências em Saúde Mental e a Redução de Danos são mais uma vez citadas.

[...] o profissional que trabalha no Consultório na Rua tem que ter também uma certa familiaridade, o ideal era que já tivesse uma experiência com a saúde mental, né, que é muito frequente. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

[...] praticar a redução de danos no dia a dia, que tem a ver de a gente questionar alguns dos nossos princípios morais, de como a gente acha que as pessoas deveriam ser e abrir o espaço para o outro. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

A organização de rotinas no processo de trabalho e a relação com a rede local são confirmadas como competências importantes.

A gente tem que estabelecer rotinas e as rotinas são necessárias para organizar e melhorar o fluxo, né. E aqui eu senti que a gente não tinha uma rotina e isso pra mim foi um impacto muito grande, não ter rotina. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

Eu acho que um outro desafio, que eu percebo, é a falta de processo de trabalho, não é rotina, não é estabelecer uma rotina, mas a gente estabelecer um processo de trabalho. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

[...] aqui não dá para marcar compromissos, né, marcação de consultas, essas coisas, porque eles não conseguem cumprir compromisso. Então, a equipe tem sempre que está aberta para atender na hora que eles pedirem, tem sempre que está aberta à demanda espontânea. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto)

Pra mim o desafio que eu ainda tenho que lidar é o de conseguir me relacionar com a rede, de ir lá e acompanhar o paciente, desbravar a rede e conseguir as coisas. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

Há elementos trazidos por este Consultório na Rua que não haviam surgido nas falas e debates das outras duas equipes, ligados ao campo das atitudes dos profissionais: manejar as frustrações, manter-se aberto ao outro com sensibilidade e o impacto deste trabalho na vida do profissional de saúde.

[...] precisa saber lidar com a frustração também porque ela faz parte da rotina, a cada paciente a gente ver as frustrações. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

Eu acho que aqui tem que ter 2 habilidades, que é acolher, né, que acaba que você fica sensível diante do outro. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

[...] a gente aprende muito, e eu com pouco tempo aqui, a gente aprende muito com eles e sofre com eles, de ver situações que me vejo, muitas vezes, impotente, né, diante de muitas situações que te causam sofrimento, não há como negar, desses impactos na minha vida. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

A habilidade da comunicação é outra questão que até então não havia sido problematizada, mas que emergiu no grupo com esta equipe.

Eu falo da habilidade de comunicação porque eu atendi poucos pacientes aqui, mas teve um que foi como se eu estivesse falando com alguém que falasse um dialeto muito diferente e eles falam dialetos mesmo. (Trabalhador da equipe do Plano Piloto).

Foi possível perceber que o processo de coleta qualitativa de dados nos grupos focais se apresentou, além de primeira etapa desta pesquisa, como uma estratégia de qualificação das equipes. Outro fato interessante foi a tática de realizar os encontros no espaço de trabalho das equipes, o que foi percebido como maneira de garantir visibilidade e prestígio para as equipes junto à gestão e às demais equipes de Atenção Básica da unidade de saúde, pois algumas das falas citadas acima trouxeram essa necessidade.

A análise das falas dos trabalhadores dos Consultórios na Rua do Distrito Federal proporcionou a proposição de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que viabilizaram a construção do primeiro instrumento do método Delphi, que será explicado em detalhes no próximo tópico. As proposições coletadas foram as seguintes:

Conhecimentos: saúde mental; álcool e outras drogas; avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns entre a população em situação de rua (por exemplo: tuberculose, HIV/AIDS, desvitaminoses, doenças infectocontagiosas); violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à PSR; políticas sociais; práticas integrativas e complementares; a rede local e seu funcionamento; feridas e curativos; políticas de saúde; rede de assistência social; direitos e leis referentes à PSR; manejo de crise em saúde mental; protocolos de segurança do trabalhador da saúde; funcionamento das populações específicas; casos agudos de urgência ou emergência; trabalho interdisciplinar; terapia comunitária; fluxos migratórios da população atendida; uso de protocolos clínicos; agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua; itinerário terapêutico dos usuários; sistematização do processo de trabalho em saúde; informações sobre a comunidade local; educação em saúde; atribuições dos profissionais na eCR.

Habilidades: trabalhar em equipes multiprofissionais; escutar; comunicação interpessoal; cuidar de feridas e fazer/cuidar de curativos; mediar os conflitos; dar continuidade aos tratamentos; empoderar e emancipar a população em situação de rua; negociar acesso junto aos serviços de saúde; realizar reuniões intersetoriais; trabalhar com a redução de danos; atendimento integral; levantar e vincular as demandas da PSR; desenvolver o diálogo entre os membros da equipe; criar vínculos e acolher a PSR; dar visibilidade à PSR junto à Secretaria de Saúde; abordagem com a família; manejo de casos referentes ao cuidado de questões advindas do uso de álcool e outras drogas; realização de diagnósticos dos agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua (tuberculose, câncer, sífilis, DST/AIDS); abordar a PSR; adaptação à linguagem da PSR; construir relação com instituições de ensino e pesquisa (estágio e formação em serviço/residências); construir abertura para o atendimento à demanda espontânea; promover a educação permanente para os trabalhadores; lidar

com as frustrações do trabalho com a PSR; promover estratégias de adesão aos tratamentos; construir espaços de supervisão; construir relações com a rede local; realizar consulta compartilhada; planejar ações da equipe; sistematizar informações do processo de trabalho; realizar reuniões de equipe; sistematizar e discutir casos; construção de memória institucional; realizar educação em saúde junto à PSR; criar flexibilidade de acesso ao serviço; criar uma rotina de reuniões intersetoriais.

Atitudes: saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR; disponibilidade para se relacionar; permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro; trabalho humanizado (modo de interação entre usuários e profissionais de saúde que leve em consideração as demandas dos usuários, a ambiência dos serviços, mas também boas condições de trabalho para os profissionais de saúde); ser proativo (antecipação e responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações de trabalho); ser empático (colocar-se no lugar do outro); resiliência (capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas); adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas; sensibilização da PSR para o acesso e uso dos serviços públicos; sensibilização da comunidade para o trabalho desenvolvido pela eCR; sensibilização dos demais serviços da rede para acolher a eCR e a PSR; sensibilizar os profissionais da rede e a comunidade local; ter credibilidade junto à PSR; ter credibilidade junto à rede; saber lidar com o preconceito; respeito à liberdade do usuário; improvisar/ser criativo.

Não há nos conhecimentos, habilidades e atitudes expostos acima qualquer ordem de valor. Os itens foram sendo propostos e aparecem nas listas acima à medida que apareceram nas análises dos grupos focais, lembrando que o objetivo desta fase da pesquisa foi mapear e indicar os elementos para compor a primeira consulta aos *experts*. A leitura e interpretação dos grupos seguiu a ordem de realização dos encontros, ou seja, Ceilândia, Taguatinga e Plano Piloto. A ordem na qual os itens aparecem na lista é a ordem na qual eles foram sendo enunciados durante os grupos focais. Assim, entre o primeiro conhecimento listado e o último não foi mencionado aos *experts* nenhum grau de importância que os diferenciasse. O mesmo aconteceu com as habilidades e atitudes.

3.2.3 A consulta aos *experts*: o método Delphi

O Delphi é uma ferramenta de pesquisa qualitativa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas, por meio de uma consulta técnica, a respeito de determinadas temáticas. O método tem seu nome inspirado na cidade do deus grego Apolo (Delphi), que possuía a habilidade de predizer o futuro. Inicialmente concebida como instrumento para uso militar, posteriormente foi apropriada para investigações nos campos empresariais, sociológicos e da saúde (CAMPOS et al, 2010).

O método objetiva buscar opiniões coletivas de atores qualificados, consensos de opiniões, entendendo consensos como a consolidação do julgamento dos especialistas (CAMPOS et al, 2010).

Os autores Linstone e Turoff (1975) destacam que o Delphi também pode se caracterizar como um método de estruturação de processos de comunicação em grupo, permitindo que um grupo de especialistas interaja com problemas complexos. Existem outros usos, na perspectiva destes dois autores, para os quais o método Delphi pode servir, além do uso tradicional, entre eles: a coleta de dados atuais e históricos não conhecidos ou não disponíveis; o exame do significado de eventos históricos; a avaliação de possíveis alocações de recursos; o planejamento no campus universitário e desenvolvimento de currículo; a combinação da estrutura de um modelo; a distinção e o esclarecimento das motivações humanas reais e percebidas; e a exposição de prioridades de valores pessoais e metas sociais.

Entre as vantagens apresentadas pelo método estão: realizar previsões em áreas e temas carentes de dados históricos; utilizar um grupo de especialistas para analisar um determinado tema; possibilitar, através do anonimato, que o status do respondente não influencie a pesquisa; e otimizar custos por utilizar o *e-mail* como estratégia de reunir os especialistas (CAMPOS et al, 2010). Como desvantagens são apresentadas questões como: a excessiva dependência dos resultados em relação à escolha e à experiência do grupo de especialistas selecionados; a possibilidade de forçar o consenso de maneira indevida; a possibilidade de construção de um questionário com perguntas ambíguas; a seleção das amostras e a análise dos resultados de forma inadequada estatisticamente; e a dificuldade com a devolução dos questionários pelos especialistas (CAMPOS et al, 2010).

São estabelecidas três condições básicas para a construção do consenso via método Delphi: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes (MARTINO, 1993). As rodadas sucessivas e trocas de informações são consideradas

fundamentais para a obtenção de um grau satisfatório de convergência nas proposições, pois desta forma os respondentes podem rever suas posições anteriores frente às reorganizações propostas pelo grupo, sendo o consenso o produto deste processo (CAMPOS et al, 2010).

De um modo geral, o método Delphi apresenta a seguinte configuração (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013):

- a. O formato é, geralmente, uma lista de itens (no caso do presente projeto, elementos de competência – conhecimento, habilidade, atitude) a ser apreciada pelos profissionais especialistas no modo individual, sessões de grupos interativas ou *online* (no caso do presente projeto, por *e-mail*);
- b. A lista consiste em uma série de itens (neste caso, elementos de competência – conhecimento, habilidade, atitude – levantados anteriormente via grupos focais) em escalas quantitativas ou qualitativas;
- c. Os itens que compõem a lista a ser apreciada podem ser gerados pelo pesquisador, pelos participantes especialistas ou por ambos (no caso presente, foram gerados em momento anterior, por grupos focais com profissionais);
- d. O *e-mail* com a lista apresenta algumas instruções sobre os itens e como comentá-los;
- e. O *e-mail* com a lista é apresentado aos participantes especialistas, em duas ou mais rodadas (chegando a no máximo 4);
- f. Cada momento de interação é seguido de alguma forma de análise dos dados e também de um *feedback* estatístico, geralmente envolvendo medidas de tendência central, medidas de dispersão, além da possibilidade de apresentar a distribuição de frequência absoluta das respostas de cada item do questionário.

O objetivo desta etapa é produzir consenso entre os *experts* sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes apontadas pelos grupos focais, contribuindo também para a hierarquização das mais relevantes dentro deste conjunto.

Os participantes da consulta técnica por meio do método Delphi foram indicados por técnicos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) que acompanham as eCR e a formação dos profissionais das mesmas, além das indicações da coordenação do “Curso de Cuidado à População em Situação de Rua, com ênfase nos Consultórios na Rua”, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), com duas edições nacionais (2014 e 2016). O convite, o registro do consentimento via TCLE (APÊNDICE C) e a efetiva circulação dos instrumentos do método Delphi foram realizados por *e-mail*.

A lista indicada pelas duas instituições (DAB/MS e ENSP/Fiocruz) continha vinte sujeitos, todos trabalhadores das redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo estes profissionais, gestores e educadores/formadores com experiência no cuidado/atenção, na gestão e na formação junto à população em situação de rua. Para determinar o número de sujeitos de pesquisa nesta etapa foi considerado o número total de 135 Consultórios na Rua no Brasil, também foi levado em consideração que o trabalho junto à população em situação de rua é uma prática recente – tendo começado no final dos anos 90 –, sendo que enquanto políticas públicas estruturadas datam de 2010. Deste modo, avaliou-se que 20 profissionais, contemplando todas as regiões do país, fosse um número suficiente para a sustentação do método.

Os critérios de inclusão no grupo de *experts* foi: trabalhar ou ter trabalhado por mais de dois anos junto à população em situação de rua em eCR ou em serviços que se relacionem diretamente com as eCR – Centro Pop, CREAS, abrigo institucional, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS AD III – e/ou exercer o trabalho no campo do cuidado, da gestão ou da educação/formação.

3.2.4 Resultados e discussão do instrumento Delphi

Para a primeira rodada da consulta técnica por meio da primeira lista de conhecimentos, habilidades e atitudes entre o grupo de *experts*, foi enviado um formulário, via *e-mail*, para traçar o perfil dos *experts* (idade, sexo, tempo de formação, categoria profissional, pós-graduações, campo de atuação, nível de atuação e produção acadêmica). No mesmo *e-mail* foi enviada a primeira lista para avaliação e comentários dos *experts* sobre os conceitos pretendidos, oriundos de uma análise do material produzido pelos grupos focais. Após a devolução dos comentários dos *experts*, via *e-mail*, as respostas foram analisadas de maneira quantitativa e qualitativa para elencar as principais categorias presentes, verificando quais mantinham maior consenso entre os *experts*.

O primeiro *e-mail* enviado para os vinte *experts* indicados foi respondido e enviado aos pesquisadores no espaço de 30 dias. Todos os 20 *experts* retornaram o *e-mail* com a aceitação de participação na pesquisa e com suas avaliações e considerações sobre o primeiro instrumento. Com este retorno foi possível traçar um perfil dos respondentes.

Quadro 1- Dados sociodemográficos e de trabalho dos respondentes (continua)

Idade média	38 anos (entre 27 e 59 anos)	
Mediana da idade dos respondentes	36/37 anos	
Escolaridade	Todos os respondentes têm, ao menos, o ensino Superior completo	
Média de tempo de formação	12,7 anos (entre 2 e 33 anos)	
Média do tempo de atuação junto à população em situação de rua (PSR)	6 anos (entre 15 e 2 anos)	
Formação		
Psicologia	8	
Enfermagem	5	
Serviço Social	4	
Medicina	3	
Maior titulação		
Especialização	10	
Mestrado	6	
Doutorado	2	
Serviço de atuação		
eCR	10	
Universidade	3	
SMS	3	
CAPS	3	
Serviços da Assistência Social	2	
UBS	1	
Região do país	Nº de municípios com eCR⁷	Nº de respondentes ao questionário
Sudeste	41 municípios com eCR	8 trabalhadores
Nordeste	17 municípios com eCR	4 trabalhadores
Sul	11 municípios com eCR	4 trabalhadores
Centro	8 municípios com eCR	2 trabalhadores
Norte	4 municípios com eCR	2 trabalhadores
Cidades de atuação dos respondentes		
Anápolis/GO	1	
Belo Horizonte/MG	1	
Caxias do Sul/RS	1	
Curitiba/PR	1	
Goiânia/GO	1	
Imperatriz do Maranhão/MA	1	
Joinville/SC	1	
Juiz de Fora/MG	1	
Londrina/PR	1	
Macapá/AP	2	
Maceió/AL	1	

⁷ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Outubro de 2016

Quadro 1 – Dados sociodemográficos e de trabalho dos respondentes (conclusão)

Cidades de atuação dos respondentes	
Petrolina/PE	1
Rio de Janeiro/RJ	4
Salvador/BA	1
São Paulo/SP	2

Fonte: O autor, 2017.

Os *experts* interagiram, nesta primeira rodada, com 25 conhecimentos, 36 habilidades e 17 atitudes. Foi solicitado a cada *expert* que avaliasse a lista dos conhecimentos, habilidades e atitudes, atribuindo-lhes notas de 1 a 7, em que um (1) significava que o item era pouco importante e sete (7) que era fundamental, relacionando-lhes às necessidades e à pertinência para o trabalho em um Consultório na Rua. Além disso, foi solicitado que fosse avaliada a possibilidade de haver outros conhecimentos, habilidades e atitudes que não haviam sido contemplados, que poderiam sugerir no instrumento em espaço específico de escrita livre. Neste espaço também lhes era facultado fazer comentários quanto à compreensão do item, à classificação do mesmo como conhecimento, habilidade ou atitude e, ainda, em relação ao texto descritivo em si.

Finda esta primeira etapa, os critérios para a seleção e hierarquização dos itens avaliados pelos *experts* foram:

- 1º Maior número de notas máximas (7);
- 2º Maior número total de pontos atribuídos ao item;
- 3º Não ter havido sugestão de mudança de título do item ou outra sugestão qualquer de inclusão, ou mesmo menção de dificuldade de entendimento (por parte do respondente) do item.

Após a análise das avaliações dos *experts*, os conhecimentos considerados como fundamentais e/ou muito importantes para o trabalho na eCR (com maior pontuação atribuída) foram:

- 1º As atribuições de profissionais na eCR.
- 2º Álcool e outras drogas.
- 3º Conhecimento sobre a rede local e seu funcionamento.
- 4º Agravos mais prevalentes na população em situação de rua.
- 5º Conhecimentos sobre violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à PSR.

- 6° Direitos e leis referentes à PSR.
- 7° Rede de Assistência Social.
- 8° Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns na PSR.
- 9° Saúde mental.
- 10° Conhecimentos sobre as políticas de saúde.
- 11° Conhecimento sobre as políticas sociais.
- 12° Itinerário terapêutico dos usuários.
- 13° Educação em saúde.
- 14° Informações sobre a comunidade local.
- 15° Manejo de crise em saúde mental.
- 16° Casos agudos de urgência ou emergência.
- 17° Trabalho multi e interdisciplinar.
- 18° Sobre feridas e curativos.
- 19° Fluxos migratórios da população atendida.
- 20° Protocolos de segurança do trabalhador da saúde.
- 21° Uso de protocolos clínicos.
- 22° Funcionamento das populações específicas.
- 23° Sistematização do processo de trabalho em saúde.
- 24° Terapia comunitária.
- 25° Práticas integrativas e complementares.

Seguindo os mesmos critérios anteriormente mencionados, as habilidades destacadas foram:

- 1° Escutar.
- 2° Trabalhar em equipes multiprofissionais.
- 3° Abordar a PSR.
- 4° Comunicação interpessoal.
- 5° Levantar e vincular as demandas da PSR.
- 6° Trabalhar com a redução de danos.
- 7° Atendimento integral.
- 8° Criar vínculos e acolher a PSR.
- 9° Sistematizar e discutir casos.
- 10° Mediar o acesso junto aos serviços de saúde.
- 11° Lidar com as frustrações do trabalho com a PSR.

- 12° Desenvolver o diálogo entre os membros da equipe.
- 13° Realizar reuniões de equipe.
- 14° Dar continuidade aos tratamentos (acompanhamento dos casos pela eCR).
- 15° Construir relações com a rede local.
- 16° Promover estratégias de adesão aos tratamentos.
- 17° Realizar reuniões intersetoriais.
- 18° Criar flexibilidade de acesso ao serviço.
- 19° Manejo de casos referentes ao cuidado de questões advindas do uso de álcool e outras drogas.
- 20° Empoderar e emancipar a população em situação de rua.
- 21° Mediar os conflitos.
- 22° Planejar as ações da equipe.
- 23° Realizar educação em saúde junto à PSR.
- 24° Dar visibilidade à PSR junto à Secretaria de Saúde.
- 25° Construir abertura para o atendimento à demanda espontânea.
- 26° Promover a Educação Permanente para os trabalhadores.
- 27° Reconhecimento dos agravos e realização de diagnósticos dos agravos mais prevalentes na população em situação de rua (tuberculose, câncer, sífilis, DST/AIDS).
- 28° Construir espaços de supervisão.
- 29° Realizar consulta compartilhada.
- 30° Criar uma rotina de reuniões intersetoriais.
- 31° Adaptação à linguagem da PSR.
- 32° Sistematizar informações do processo de trabalho.
- 33° Cuidar de feridas e fazer/cuidar de curativos.
- 34° Construção de memória institucional.
- 35° Abordagem com a família.
- 36° Construir relação com Instituições de Ensino e Pesquisa (estágio e formação em serviço/residências).

As atitudes também receberam a avaliação dos *experts* e a análise dos itens, seguindo os mesmos critérios, sendo revelada a importância das seguintes atitudes:

- 1° Respeito à liberdade do usuário.
- 2° Ter credibilidade junto à PSR.
- 3° Ser empático (colocar-se no lugar do outro).

- 4° Trabalho humanizado (modo de interação entre usuários e profissionais de saúde que leve em consideração as demandas dos usuários, a ambiência dos serviços, mas também boas condições de trabalho para os profissionais de saúde).
- 5° Resiliência (capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas).
- 6° Adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas.
- 7° Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR.
- 8° Disponibilidade para se relacionar.
- 9° Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro.
- 10° Saber lidar com o preconceito.
- 11° Ser proativo (antecipação e responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações de trabalho).
- 12° Ter credibilidade junto à rede.
- 13° Sensibilização dos demais serviços da rede para acolher a eCR e a PSR.
- 14° Sensibilização da PSR para o acesso e uso dos serviços públicos.
- 15° Sensibilizar os profissionais da rede e a comunidade local.
- 16° Improvisar/ser criativo.
- 17° Sensibilização da comunidade para o trabalho desenvolvido pela eCR.

Além da atribuição de notas aos itens listados, foi solicitado aos *experts* que propusessem, se acreditassem ser necessário por não terem sido citados na lista oferecida pelo primeiro *e-mail*, outros conhecimentos, habilidades e atitudes. Estes itens não foram incluídos na segunda rodada (2° *e-mail*) oferecida aos *experts*, pelo motivo do método Delphi se propor a produzir um consenso entre as sequências de avaliações dos itens presentes desde a primeira lista (1° *e-mail*); porém, avalia-se ser importante que essas sugestões dos *experts* façam parte dos produtos deste trabalho.

Os *experts* sugeriram outros nove conhecimentos, que não estavam listados no *e-mail* enviado. As sugestões dos *experts* como conhecimentos necessários para o trabalho no Consultório na Rua estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Outros conhecimentos sugeridos pelos *experts*

Conhecimento sobre a rede de trabalho, habitação, lazer e educação
Conhecimentos sobre traumas
Conhecimento sobre território, sendo este conceito no seu sentido ampliado
Conhecimento sobre as relações familiares (família consanguínea e/ou família afetiva)
Conhecimento dos manuais da Atenção Básica
Conhecimentos do fluxograma de atendimento nas UBS e Centros de Referência de Tratamentos Especializados
Conhecimento dos sistemas de informação em saúde
Conhecimento sobre as notificações compulsórias de doenças e agravos
Conhecimento sobre os indicadores e determinantes de saúde

Fonte: O autor, 2017.

Foram quatro as sugestões dos *experts* como habilidades necessárias para o trabalho no Consultório na Rua (Quadro 3), parte delas consta na lista seguinte, na classificação inicial como atitudes.

Quadro 3 – Outras habilidades sugeridas pelos *experts*

Improvisar e adequar-se para a realização de procedimentos na rua
Ser dinâmico e flexível diante das condições do lugar, da pessoa e do momento
Liderança em equipe
Integrar uma gestão participativa

Fonte: O autor, 2017.

As seis sugestões dos *experts* para as atitudes necessárias para o trabalho no Consultório na Rua estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Outras atitudes sugeridas pelos *experts*

Atitude de autoconhecimento para que cada profissional possa ter clareza de seus limites, mas também de suas potencialidades frente à PSR, suas demandas, necessidades e escolhas
Representação da equipe nos espaços de controle social, conselhos locais, distritais e municipais
Buscar constantemente se atualizar em assuntos que envolvam os cuidados com pessoas em situação de rua
Realizar atendimento baseado no princípio da integralidade
Atuar com <i>advocacy</i> ou com ênfase nos direitos humanos
Manter a privacidade e o sigilo nos espaços públicos/abertos

Fonte: O autor, 2017.

A primeira rodada do Delphi trouxe uma questão para a continuidade do método que precisou ser enfrentada. No retorno do instrumento, os *experts* atribuíram um elevado número de notas máximas (7), tornando inviáveis estratificações estatísticas confiáveis para a

sustentação da produção de consenso por representações estatísticas da distribuição dos resultados mais complexas.

O total era de 500 notas possíveis de serem atribuídas aos conhecimentos (20 notas para cada um dos 25 itens); destas, 282 receberam a nota máxima (7), ou seja, 56,4% do total. Ao somar as que receberam a nota 6 (102, representando 20,4% do total), chega-se a 76,8% das notas aos itens oferecidos aos *experts* girando entre notas 7 e 6.

Para as habilidades não foi diferente: das 740 notas possíveis de serem atribuídas (20 notas para cada um dos 37 itens), 517 receberam a nota máxima (7), ou seja, 69,9% do total. Há ainda as notas 6 atribuídas pelos *experts* (130) que representaram 17,6% do total, chegando ao final com 87,7% de notas 7 e 6 atribuídas pelos *experts* aos itens elencados.

No caso das atitudes eram possíveis de serem atribuídas 320 notas (20 notas para cada um dos 16 itens). Deste total, 245 receberam a nota máxima (7), ou seja, 76,6%. Além disso, tiveram 39 notas 6 conferidas aos itens neste tópico, número que representa 12,1% do total. Deste modo, o total entre estas duas notas máximas foi de 88,7%.

A variação entre as notas atribuídas é de uma ordem pouco significativa, não justificando o tratamento estatístico destes dados, fortalecendo a escolha por centrar as análises nos pontos qualitativos do método Delphi e da pesquisa. Estes resultados apontam uma avaliação, por parte dos *experts*, de que os itens que emergiram dos três grupos focais foram precisos e necessários para compor o debate sobre as competências para o trabalho no Consultório na Rua.

Alguns pontos podem contribuir na leitura da questão referente ao grande número de notas máximas comunicadas pelos *experts*. Os grupos focais já haviam assinalado a avaliação dos trabalhadores quanto às lacunas e deficiências na formação acadêmica que pudessem contemplar a complexidade exigida no trabalho no Consultório na Rua. Além disso, a revisão bibliográfica, reiterada também pelas falas nos grupos focais, sinaliza que são poucos e imprecisos os materiais oficiais destinados a subsidiar esse trabalho tão singular, somado à falta de espaços institucionalizados para a formação do trabalhador em serviço ou mesmo momentos de educação permanente, sendo todos estes pontos nevrálgicos dessa discussão. Estes elementos nos leva a propor a hipótese de que, diante de possibilidade de opinar sobre um tema tão escasso de produção e problematização, os *experts* (que também são trabalhadores do SUS ou do SUAS) tiveram dificuldade de abrir mão dos itens elencados, afirmando-os sistematicamente com as notas mais elevadas.

Após essa estratificação dos resultados da primeira rodada do método Delphi foi proposta a segunda rodada do instrumento. O intervalo temporal entre a primeira e a segunda

rodada foi de vinte dias. Nesta nova rodada, o instrumento foi enviado aos mesmos vinte (20) *experts*; destes, dezenove (19) retornaram com suas avaliações em um período de 21 dias.

Nesta rodada, foi solicitado aos *experts* que hierarquizassem os dez (10) conhecimentos, habilidades e atitudes melhor pontuados pela rodada anterior, conferindo um grau de hierarquia entre o mais importante (o primeiro) e o menos importante (o décimo), dentre os dez oferecidos. Assim, foi solicitado que cada item fosse avaliado em relação à necessidade do conhecimento, habilidade e atitudes para o trabalho em um Consultório na Rua, de modo que cada item recebesse necessariamente um grau de importância diferente do outro, não havendo possibilidade de dois itens terem a mesma classificação.

O objetivo desta segunda etapa do método Delphi foi atribuir graus de importância e prioridade entre os componentes das competências necessárias para o trabalho no Consultório na Rua. A decisão de oferecer dez itens para a interação dos *experts* foi para que não houvesse um excessivo manejo de informações nessa tarefa e que o número de escolhas fosse confortável, oferecendo mais tranquilidade para a decisão sobre quais seriam mais importante dentre os dez.

Os critérios para a hierarquização final da lista, após a segunda rodada do instrumento Delphi, foram:

Maior número de *experts* votantes no item para uma específica posição no *ranking* hierárquico (1º, 2º, 3º e assim sucessivamente).

Critério de desempate:

Maior número de *experts* votantes para que o item ocupe a posição no *ranking* hierárquico imediatamente posterior/seguinte.

Partindo destes critérios, os dez conhecimentos mais pontuados após a primeira rodada do instrumento Delphi foram novamente expostos aos *experts* a fim de que recebessem agora as indicações em grau de importância entre eles, para subsequente classificação em hierarquização, ficando dispostos conforme demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 – Os dez conhecimentos priorizados (continua)

1º. Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns na PSR
2º. Conhecimento sobre as políticas de saúde
3º. Álcool e outras drogas
4º. Conhecimento sobre a rede local e seu funcionamento
5º. Saúde mental
6º. Agravos mais prevalentes na população em situação de rua

Quadro 5 – Os dez conhecimentos priorizados (conclusão)

7º. Conhecimento sobre violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à PSR
8º. Direitos e leis referentes à PSR
9º. Atribuições dos profissionais na eCR
10º. Rede de assistência social

Fonte: O autor, 2017.

Da mesma forma, as dez habilidades que receberam as maiores pontuações após a primeira rodada entre os *experts* foram expostas a mais uma rodada via *e-mail* para que recebessem novas indicações de grau de importância entre eles, para uma nova classificação em hierarquização (Quadro 6).

Quadro 6 – As dez habilidades priorizadas

1ª. Escutar
2ª. Criar vínculos e acolher a PSR
3ª. Abordar a PSR
4ª. Trabalhar com a redução de danos
5ª. Levantar e vincular as demandas da PSR
6ª. Atendimento integral
7ª. Trabalhar em equipes multiprofissionais
8ª. Comunicação interpessoal
9ª. Sistematizar e discutir casos
10ª. Mediar o acesso junto aos serviços de saúde

Fonte: O autor, 2017.

A seguir as dez atitudes melhor pontuadas após a primeira rodada do *e-mail* do instrumento Delphi para que recebessem uma segunda avaliação e classificação por grau de importância pelos *experts* (Quadro 7).

Quadro 7 – As dez atitudes priorizadas

1ª. Respeito à liberdade do usuário
2ª. Trabalho humanizado
3ª. Ter credibilidade junto à PSR
4ª. Resiliência
5ª. Adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas
6ª. Disponibilidade para se relacionar
7ª. Ser empático (colocar-se no lugar do outro)
8ª. Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro
9ª. Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR
10ª. Saber lidar com o preconceito

Fonte: O autor, 2017.

O segundo *e-mail* com o instrumento Delphi apresentou os conhecimentos, habilidades e atitudes já na ordem em que os itens foram valorados pelos *experts* na primeira rodada (indo do 1º ao 10º). Assim, foi possível avaliar quais itens sofreram modificações na hierarquia quando expostos à segunda rodada do método para uma segunda avaliação pelos *experts*.

Os dez conhecimentos reconhecidos como os mais importantes na passagem da primeira para a segunda rodada ficaram distribuídos conforme o Quadro 8.

Quadro 8 – Comparativo da priorização dos conhecimentos: primeira e segunda rodadas do Delphi

PRIMEIRA RODADA	SEGUNDA RODADA
1º. Atribuições dos profissionais na eCR	1º. Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns na PSR
2º. Álcool e outras drogas	2º. Conhecimento sobre as políticas de saúde
3º. Conhecimento sobre a rede local e seu funcionamento	3º. Álcool e outras drogas
4º. Agravos mais prevalentes na população em situação de rua	4º. Conhecimento sobre a rede local e seu funcionamento
5º. Conhecimentos sobre violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à PSR	5º. Saúde mental
6º. Direitos e leis referentes à PSR	6º. Agravos mais prevalentes na população em situação de rua
7º. Rede de assistência social	7º. Conhecimento sobre violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à PSR
8º. Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns na PSR	8º. Direitos e leis referentes à PSR
9º. Saúde mental	9º. Atribuições de profissionais na eCR
10º. Conhecimento sobre as políticas de saúde	10º. Rede de assistência social

Fonte: O autor, 2017.

O item “atribuições dos profissionais na eCR”, que figurou no topo da lista na primeira rodada, quando exposto à necessidade de passar por um crivo de priorização, passou para a nona posição na segunda rodada. Passou a ocupar o lugar de mais importante entre os todos os conhecimentos listados a “avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns na PSR”, visibilizando a necessidade de um olhar e atenção à clínica, resolutividade e avaliação das equipes. A indefinição dos processos de trabalho e a carência de materiais de apoio consistentes, que podem ter colocado as atribuições dos profissionais na eCR em destaque na

primeira rodada, passaram para um grau muito mais baixo de priorização (9º) diante de avaliação pelos *experts*, da necessidade de avaliar e manejar (conseguir acolher, atender e acompanhar) as situações clínicas mais comuns na PSR.

Na outra ponta da tabela (1ª rodada), o item “conhecimento sobre políticas de saúde”, reconhecido como fundamental e absolutamente complementar às questões de continuidade do cuidado e atenção no limite da resolutividade clínica das eCR, ponto melhor valorado na segunda rodada do Delphi entre os especialistas, migrou de último lugar (10º) na primeira rodada para segundo lugar na rodada posterior, apontando coerência entre estes dois pontos.

O binômio “ampliação da resolutividade e conhecimento/relação com as políticas públicas (saúde e garantia de direitos)” foi o que prevaleceu nas escolhas finais dos *experts*. Os conhecimentos sobre “álcool e outras drogas” (3º), “saúde mental” (5º), “agravos mais prevalentes na população em situação de rua” (6º) e “violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à PSR” (7º) estão mais diretamente ligados aos conhecimentos que informam a clínica realizada pelas eCR. Enquanto os conhecimentos sobre a “rede local e seu funcionamento” (4º), “direitos e leis referentes à PSR” (8º) e “rede de assistência social” (10º) estão ligados à inserção técnico-política da eCR, focando nas relações interinstitucionais da equipe, ponto importante e que por vezes pode ser negligenciado, tendo em vista que uma das missões importantes desta equipe é compartilhar o cuidado, a garantia de acesso da PSR na rede, a continuidade das ações, a garantia de direitos, a produção de autonomia, enfim, um conjunto de elementos relevantes para a prática cotidiana destas equipes, que se misturam intimamente com a clínica e o processo de trabalho. A exceção fica por conta das “atribuições dos profissionais na eCR” (9º), mais conectada ao processo de trabalho da equipe.

Quadro 9 – Comparativo da priorização das habilidades: primeira e segunda rodadas do Delphi (continua)

PRIMEIRA RODADA	SEGUNDA RODADA
1ª. Escutar	1ª. Escutar
2ª. Trabalhar em equipes multiprofissionais	2ª. Criar vínculos e acolher a PSR
3ª. Abordar a PSR	3ª. Abordar a PSR
4ª. Comunicação interpessoal	4ª. Trabalhar com a redução de danos
5ª. Levantar e vincular as demandas da PSR	5ª. Levantar e vincular as demandas da PSR
6ª. Trabalhar com a redução de danos	6ª. Atendimento integral
7ª. Atendimento integral	7ª. Trabalhar em equipes multiprofissionais
8ª. Criar vínculos e acolher a PSR	8ª. Comunicação interpessoal

Quadro 9 – Comparativo da priorização das habilidades: primeira e segunda rodadas do Delphi (conclusão)

PRIMEIRA RODADA	SEGUNDA RODADA
9ª. Mediar o acesso junto aos serviços de saúde	9ª. Sistematizar e discutir casos
10ª. Sistematizar e discutir casos	10ª. Mediar o acesso junto aos serviços de saúde

Fonte: O autor, 2017.

Para o caso das habilidades, a escuta foi, nas duas rodadas, considerada como a mais importante dentre o rol de itens elencados. Este componente das competências para o trabalho no Consultório na Rua apresentou pouca variação da primeira para segunda rodada do instrumento Delphi. Apareceram nos primeiros graus de importância, assim, a já citada habilidade de “escutar” (1ª), a de “criar vínculos e acolher a PSR” (2ª) e a de “abordar a PSR” (3ª), todas ligadas à qualidade da construção da relação entre o profissional da eCR com a PSR.

Também foram bem valoradas a habilidade de “trabalhar com a redução de danos” (4ª), a de “levantar e vincular as demandas da PSR” (5ª) e a do “atendimento integral” (6ª), estas conectadas à continuidade do cuidado, pautando a relação estabelecida com a PSR por dois marcos éticos, a integralidade e a redução de danos.

O processo de trabalho da equipe fica contemplado com os itens finais. As habilidades de “trabalhar em equipes multiprofissionais” (7ª) e “comunicação interpessoal” (8ª) ficam ligadas à relação entre os membros da equipe e os saberes/categorias profissionais dentro da eCR. A habilidade de “sistematizar e discutir casos” (9ª) mais uma vez retoma à questão da resolutividade da equipe e “mediar o acesso junto aos serviços de saúde” (10ª) aparece de forma complementar aos casos sistematizados e discutidos.

Quadro 10 – Comparativo da priorização das atitudes: primeira e segunda rodadas do Delphi (continua)

PRIMEIRA RODADA	SEGUNDA RODADA
1ª. Respeito à liberdade do usuário	1ª. Respeito à liberdade do usuário
2ª. Ter credibilidade junto à PSR	2ª. Trabalho humanizado
3ª. Ser empático (colocar-se no lugar do outro)	3ª. Ter credibilidade junto à PSR
4ª. Trabalho humanizado	4ª. Resiliência
5ª. Resiliência	5ª. Adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas

Quadro 10 – Comparativo da priorização das atitudes: primeira e segunda rodadas do Delphi (conclusão)

PRIMEIRA RODADA	SEGUNDA RODADA
6ª. Adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas	6ª. Disponibilidade para se relacionar
7ª. Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR	7ª. Ser empático (colocar-se no lugar do outro)
8ª. Disponibilidade para se relacionar	8ª. Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro
9ª. Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro	9ª. Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR
10ª. Saber lidar com o preconceito	10ª. Saber lidar com o preconceito

Fonte: O autor, 2017.

Em relação às atitudes, assim como no caso das habilidades, houve pouca variação na hierarquia dos itens da primeira para a segunda rodada. O “respeito à liberdade do usuário” (1ª) manteve-se como a atitude mais valiosa. Além desta, o “trabalho humanizado” (2ª), muito presente desde os grupos focais, traz como referência as questões pautadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013) e “ter credibilidade junto à PSR” (3ª) aponta o vínculo com a PSR como ponto de partida para a construção desta relação de confiança, assim como mais uma vez coloca a resolutividade da equipe em face das demandas e necessidades dos usuários como estratégia de manter a confiabilidade do Consultório na Rua junto aos mesmos. A “resiliência” (4ª), aqui entendida como capacidade de lidar com os problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas, foi outra atitude que mereceu atenção dos *experts* dadas às vicissitudes com as quais a equipe estará sempre sendo convocada a atuar, propondo “saídas” para as diversas situações. A atitude da “empatia” foi a que teve uma queda quando da avaliação da primeira para a segunda rodada do método Delphi, passando da 3ª para 7ª colocação. A atitude de “adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas” (5ª) se aproxima da resiliência e reforça a necessidade do desenvolvimento de um trabalhador disponível para interagir com o inusitado nos territórios, clínica, PSR e com a rede. A “disponibilidade para se relacionar” (6ª) e “permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro” (8ª) remetem a atitudes para a construção do vínculo e da continuidade do cuidado. “Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR” (9ª) e “saber lidar com o preconceito” (10ª), as últimas atitudes na escala de

valores atribuída pelos *experts*, têm ligação com os efeitos do trabalho no trabalhador, efeitos estes que mesmo estando no final da lista chamam a atenção.

3.3 Sobre o processo de fazer essa pesquisa

Antes de avançar, é importante discutir o processo de realização deste levantamento, pois sua operacionalização como projeto de mestrado profissional não pode e nem deve ser destacada de um contexto mais amplo que envolve o pesquisador principal, pessoas e instituições envolvidas.

Todo o processo de construção desta pesquisa – desde os debates para a definição do objeto e seu recorte mais adequado, passando pela escolha do método, das formas de coleta dos dados, pela definição dos atores que fariam parte, o referencial teórico para a leitura e interpretação dos dados, chegando às formas e estratégias de apresentação dos achados – foi um percurso que exigiu disciplina no compromisso com os objetivos desejados e na adequação do meu tempo como estudante e trabalhador (com 40 horas semanais), dedicação à leitura – em especial as do campo da educação, com as quais eu ainda não tinha tido a oportunidade de uma aproximação sistemática – e criatividade para lidar com as questões que foram surgindo motivadas pela escolha de realizar uma pesquisa com um objeto (os Consultórios na Rua) com o qual tenho aproximação significativa. Este ponto, a princípio, era obviamente uma potencialidade, pois já venho acumulando leituras, estudos, palestras, aulas e publicações sobre este tema desde 2010. No entanto, acabou se apresentando também como um elemento dificultador, sobretudo durante as fases de coleta de dados (grupos focais e instrumento Delphi), tendo em vista que estar na função de gestor federal destas equipes acabou por me expor nestas fases da pesquisa a trabalhadores que enxergavam em mim uma referência e que, por isso, tendiam a dar “as respostas certas” ou as “adequadas aos ouvidos do Governo Federal”.

Diante disso, foi necessário repensar e dividir a condução dos grupos focais, abrindo mão de estar à frente destes momentos (passando para a posição de relator e deixando a posição de condutor para um pesquisador neutro no campo das políticas do setor), além de tentar tornar os *e-mails* do instrumento do método Delphi parte de uma construção coletiva, onde o *expert*/trabalhador pudesse ao máximo sentir-se partícipe de uma contribuição conjunta para o Sistema Único de Saúde, sobre um tema ainda incipiente de debates e acúmulos sistematizados. Pude contar com que a experiência de cada um, oriundos das cinco regiões do país, pudesse ampliar as tonalidades e matizes do produto final, na esperança de que as proposições possam informar futuras formações de trabalhadores e, quem sabe, ser

mais um ponto de tensionamento para que a agenda das Instituições de Ensino e Pesquisa coloquem-se abertas para as demandas e necessidades do SUS.

De todo modo, não tenho dúvidas de que um dos produtos desta dissertação e do mestrado profissional foi o meu processo de amadurecimento como pesquisador, gestor de políticas públicas de saúde, acadêmico, clínico e trabalhador do SUS, razão pela qual entendo que as considerações realizadas até aqui – e as que me dedicarei a seguir – possuem forte implicação com o campo das políticas públicas de saúde, em especial com a ideia de saúde como direito fundamental.

4 AS PROPOSTAS DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA

4.1 As competências sugeridas

A proposta final deste estudo foi realizar o agrupamento dos elementos mapeados no percurso da pesquisa, através dos grupos focais e da consulta aos *experts*, traduzindo-os em competências para o trabalho no Consultório na Rua. No sentido de organizar os elementos oriundos dos grupos focais e das consultas técnicas aos *experts*, foram agrupados os dez itens priorizados para os conhecimentos, habilidades e atitudes na lista final dos *experts* em três grandes dimensões: clínica/cuidado, processo de trabalho e trabalho em rede. As dimensões e as competências foram propostas em função da relação de coerência que os elementos apresentaram entre si, produzindo uma leitura, o agrupamento dos mesmos e um conjunto de sugestões.

Deste modo, são propostos os quadro a seguir.

Quadro 11 – Competências para o trabalho no Consultório na Rua – Dimensão: Clínica do Cuidado (continua)

			COMPETÊNCIA
DIMENSÃO: CLÍNICA/CAUIDADO	CONHECIMENTO	Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns entre a PSR; Álcool e outras drogas; Saúde mental; Agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua.	Atenção integral à PSR: capacidade de articular aspectos biológicos, psicológicos e sociais que subsidiem a atenção à saúde. Compreende desde a escuta e abertura ao outro, a interpretação e a aplicação do conhecimento científico e outros saberes na área da saúde para resolução de problemas da população atendida.
	HABILIDADE	Escutar; Criar vínculos e acolher a PSR; Abordar a PSR; Atendimento integral.	
	ATITUDE	Respeito à liberdade do usuário; Saber lidar com o preconceito.	

Quadro 11 – Competências para o trabalho no Consultório na Rua – Dimensão: Clínica do Cuidado (conclusão)

	ATITUDE	<p>Adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas;</p> <p>Disponibilidade para se relacionar;</p> <p>Ser empático (colocar-se no lugar do outro);</p> <p>Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro;</p>	
--	----------------	---	--

Fonte: O autor, 2017.

Quadro 12 – Competências para o trabalho no Consultório na Rua – Dimensão: Processo de Trabalho

			COMPETÊNCIA
DIMENSÃO: PROCESSO DE TRABALHO	CONHECIMENTO	As atribuições de profissionais na eCR.	<p>Organização e operação do processo de trabalho da eCR: Capacidade de organizar a gestão do processo de trabalho e da clínica, privilegiando a utilização sistemática de informação (dados epidemiológicos, clínicos, territoriais, culturais, da rede local, etc.), valorizando o trabalho multiprofissional, a gestão horizontal e a clínica colaborativa (pautada pela comunicação), o trabalho humanizado e empregando a Redução de Danos como horizonte ético e técnico da equipe.</p>
	HABILIDADE	<p>Trabalhar com a redução de danos;</p> <p>Levantar e vincular as demandas da PSR;</p> <p>Trabalhar em equipes multiprofissionais;</p> <p>Comunicação interpessoal;</p> <p>Sistematizar e discutir casos.</p>	
	ATITUDE	<p>Trabalho humanizado;</p> <p>Ter credibilidade junto à PSR;</p> <p>Resiliência.</p>	

Fonte: O autor, 2017.

Quadro 13 – Competências para o trabalho no Consultório na Rua - Dimensão: Trabalho em Rede

		COMPETÊNCIA
DIMENSÃO: TRABALHO EM REDE	CONHECIMENTO	<p>Conhecimentos sobre as Políticas de Saúde;</p> <p>Conhecimento sobre a rede local e seu funcionamento;</p> <p>Conhecimentos sobre as violências, preconceitos, discriminações e negligências, junto à PSR;</p> <p>Direitos e leis referentes à PSR;</p> <p>Rede de Assistência Social.</p>
	HABILIDADE	<p>Mediar o acesso junto aos serviços de saúde.</p>
	ATITUDE	<p>Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR.</p>
		<p>Organização, mediação e atenção em sistema de saúde pública e articulação das demais políticas públicas complementares ao trabalho da eCR: capacidade de promover abordagem integral do processo saúde-doença na população, alinhada às políticas públicas de atenção e gestão da assistência, construindo estratégias para superar estigmas e preconceitos junto à comunidade e aos demais serviços, compreendendo ainda a promoção de acesso às demais políticas públicas.</p>

Fonte: O autor, 2017.

Para a construção do quadro, foram agrupados dentro das competências concernentes ao campo da clínica/cuidado os conhecimentos, habilidades e atitudes centrais à atenção integral à PSR, definida aqui como a capacidade de articular conteúdos biológicos, psicológicos e sociais que subsidiem a atenção à saúde. Compreende também desde a escuta, abertura à agenda do outro e interpretação até a aplicação do conhecimento científico e outros saberes na área da saúde para resolução de problemas da população atendida.

Seguindo a mesma lógica de agrupamento, foram reunidas dentro da competência relativa ao processo de trabalho os conhecimentos, habilidades e atitudes referentes à equipe. Esta proposição é entendida como a capacidade de organizar a gestão do processo de trabalho e da clínica da eCR, privilegiando a utilização sistemática de informação (dados epidemiológicos, clínicos, territoriais, culturais, da rede local, etc.), valorizando o lugar do profissional em uma equipe multiprofissional, a gestão horizontal e a clínica colaborativa (pautada pela comunicação) e empregando a Redução de Danos como horizonte ético e técnico da equipe.

Por último, no agrupamento do campo do trabalho em rede, foram agrupados elementos das competências referentes à organização, à mediação e à atenção em um sistema de saúde pública e à articulação das demais políticas públicas complementares ao trabalho da eCR. São conhecimentos, habilidades e atitudes ligados à capacidade de promover a abordagem integral do processo saúde-doença na população, alinhada às políticas públicas de atenção e à gestão da assistência, de modo a construir estratégias para superar estigmas e preconceitos junto à comunidade e aos demais serviços e contemplar ainda a promoção de acesso às demais políticas públicas.

Merece um destaque o fato de que uma parte significativa dos elementos mapeados junto aos trabalhadores e dos agrupamentos das dimensões e competências propostos não se revelaram como específicos ou exclusivos para o trabalho junto à PSR, mas sim como elementos que fazem parte da atuação “desejável” de uma equipe de Atenção Básica, orientada pelos princípios e diretrizes gerais da AB, contemplados na PNAB, fazendo jus ao detalhamento da qualificação pelos documentos e materiais informativos oficiais do “como” materializar estas diretrizes do cuidado e da atenção junto a esta população específica.

O uso do referencial teórico da formação e atuação por competências, escolhido para construção desta proposta, contribuiu desde a definição do método (sempre em contato com trabalhadores das eCR, assim como com sujeitos ligados à gestão e à academia) por se fundamentar na necessária interação e relação entre a educação e as demandas e necessidades da vida concreta do mundo do trabalho em saúde. A perspectiva de competência sintetizada por Perrenoud (1999) aposta em posicionar o conceito para além da capacidade de articular conhecimentos. Inclui na dinâmica dessa construção as capacidades/habilidades e os valores e atitudes, o que permite pensar nas dimensões propostas (clínica/cuidado, processo de trabalho e trabalho em rede), como os três grandes campos mapeados a partir das interpretações dos grupos focais e das leituras e das escolhas dos *experts*. Tal aposta, a de reforçar a necessidade de que mais cursos (superiores ou de nível médio no campo da saúde) se proponham a construir currículos baseados em competência, exige a incorporação desta opção conceitual, ampliando o campo de disputas das diferentes ideologias que operam no campo da educação, porém com uma histórica e hegemônica prevalência das ditas tradicionais, baseadas em conteúdos (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Com o auxílio das postulações de Perrenoud (1999b) – situando o contexto onde a ação se dá como indissociável da percepção sobre a adequação e a pertinência dos conhecimentos, das habilidades –, ao traçar a resultante da associação destes vetores, foi

possível apontar três competências que podem ser tomadas como eixos a subsidiar processos formativos/educacionais junto a trabalhadores dos Consultórios na Rua.

A perspectiva e estratégia de decompor as competências em seus aspectos cognitivos, ou domínio do saber (conhecimentos), dos aspectos psicomotores, ou domínio do saber fazer (habilidades), e dos aspectos afetivos, ou o domínio do saber ser e saber conviver (atitudes) (SAUPE, 2006), possibilitaram explorar os elementos mapeados privilegiando a coerência entre estes. Em sintonia com as principais questões apontadas pelos grupos focais, em especial as referentes à carência de formações específicas, observa-se a necessidade de dar conta do descompasso entre as ofertas de qualificação acadêmica e as reais demandas das ruas que se apresentam aos trabalhadores.

Orientado pela possibilidade de realizar o movimento inverso ao de decompor a competência em seus elementos, este estudo foi realizado no sentido de sistematizar as competências a partir dos elementos mapeados, na tentativa de manter a primazia do cotidiano vivido e narrado pelos trabalhadores e não impor a lógica da gestão ou da academia como referência. Certamente, se de outro modo fossem operados os dados, poderiam surgir outros agrupamentos e por consequência, outras competências. Os elementos mapeados têm em si a potência de iluminar a problematização de diversos temas, servindo como ponto de partida para outras discussões mais diretamente relacionadas a cada um dos elementos elencados.

Assim, o recorte sugerido pela proposição das competências apresentadas neste estudo não tem a intenção de ser único, final ou esgotar, de forma alguma, a potência dos elementos mapeados. Estas sugestões pretendem colaborar para a construção dos debates e das problematizações no campo da formação e do trabalho em saúde, utilizando a noção de competência como estratégia para um diálogo oportuno entre as demandas e necessidades dos trabalhadores do SUS, em especial dos Consultórios na Rua.

4.2 Os elementos que não apareceram na lista principal

Vários outros conhecimentos, habilidades e atitudes ficaram fora da lista enviada na segunda rodada do instrumento Delphi por não terem sido classificadas dentre as escolhas prioritárias dos *experts*. No entanto, foram problematizadas no presente trabalho, pois constituem elementos fundamentais de análise para verificação se o que vem sendo preconizado nos documentos oficiais, que apresentam insumos para definição de competências, é contemplado na atuação profissional.

Entre os conhecimentos que não figuraram entre os dez mais importantes na avaliação dos *experts*, mas que merecem citação aqui por sua importância na literatura, estão

informações sobre a comunidade local (14º) e o trabalho multi e interdisciplinar (17º), que são apostas da PNAB, de um modo geral, para potencializar o trabalho territorializado e em equipe multidisciplinar, na perspectiva de ampliar o acesso e as ofertas de cuidado. No campo da clínica, os conhecimentos sobre feridas e curativos (18º) e sobre o uso de protocolos clínicos (21º) também foram para o final da lista, mesmo a resolutividade, que inclui fortemente a dimensão clínica, tendo sido um tema presente desde os grupos focais e durante o decorrer da pesquisa. Outro elemento bem significativo e que figurou na antepenúltima posição é o conhecimento sobre a sistematização do processo de trabalho em saúde (23º), sugerindo haver aqui uma aposta demasiada no improvisado, que pode, inclusive, ser fruto das lacunas deixadas pela formação profissional para o desenvolvimento de competências que permitam a sistematização de um processo de trabalho em um contexto de atuação pouco conhecido pelos trabalhadores e, deste modo, um processo de trabalho não sistematizado pode deixar a equipe por demais exposta a um funcionamento sem a construção de sua história com a PSR, com suas próprias ofertas de cuidado e com a rede do território.

Entre as habilidades que chamaram a atenção por terem sido preteridas na lista principal dos *experts* estão as que propõem o compartilhamento sistemático com os demais serviços do território e que podem ampliar as chances de coletivizar as questões trazidas pela PSR. Assim, “construir relações com a rede local” (15ª) e “criar uma rotina de reuniões intersetoriais” (31ª) não foram elencadas entre as mais importantes. Esta última, especificamente, recoloca de modo significativo a questão das rotinas necessárias para contribuir na organização do processo de trabalho da equipe, uma vez que as reuniões intersetoriais poderiam servir para viabilizar trocas mais efetivas sobre os casos com a rede local. Isto porque sabe-se que as articulações intersetoriais podem definir os limites de resolutividade de cada Consultório na Rua, promovendo um maior entendimento sobre as necessidades da população atendida.

Ainda versando sobre as habilidades que não foram contempladas como as mais importantes na presente investigação, observa-se que o processo de trabalho das equipes aparece de forma recorrente, como é visto no item “realizar reuniões de equipe” (13ª). Tal aspecto se contradiz ao que se espera dos profissionais, uma vez que o trabalho em equipe se configura como uma estratégia central (mesmo que com periodicidade mais espaçada) para a produção de horizontes comuns entre os trabalhadores, a clínica promovida e a relação com os usuários e a rede. As reuniões assumem importante papel para que um conjunto de trabalhadores se torne uma equipe de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013). Do mesmo modo, e ainda mais para o final da lista, estão “planejar das ações da

equipe” (23^a) e “construção de memória institucional” (35^a), ambas habilidades fundamentais para a organização e continuidade das ações da equipe.

Ainda sobre o processo de trabalho, não foi elencada como prioridade a habilidade de “realizar consulta compartilhada” (30^a). Para um Consultório na Rua, a referida habilidade pode se constituir como um mecanismo de apoio matricial entre as diversas categorias profissionais da equipe, além de ofertar ao usuário (geralmente com problemas e demandas complexas) uma modalidade de atendimento ampliada (BRASIL, 2014b). Um elemento presente na trajetória de constituição do campo da Saúde Mental, mas ainda sem grande debate na Atenção Básica, é justamente a habilidade de “construir espaços de supervisão” (29^o) que, mesmo constando no final da lista, pode nos chamar a atenção para este ponto ainda sem literatura e construção específica na AB.

No campo da formação, a habilidade de “promover a Educação Permanente para os trabalhadores” (27^a) aparece no final da lista. Trata-se de uma estratégia de qualificação dos trabalhadores e do processo de trabalho fartamente citado pela literatura (CECCIM; FEUERWEKER, 2004; CECCIM, 2005) e por diversas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2011), porém, aqui, foi deixada longe do rol de prioridades. Dentro do debate sobre a formação, outra habilidade que pode ser uma tática para avançar tanto na qualificação de trabalhadores e do processo de trabalho quanto na construção de uma agenda de formação de alunos/trabalhadores mais próximos da realidade e das exigências dos cidadãos brasileiros e do SUS é a habilidade de “construir relação com instituições de ensino e pesquisa (estágio e formação em serviço/residências)” (37^a) que, no contexto das prioridades, foi colocada em último lugar na lista geral.

Em outra direção, a habilidade de “contribuir na construção de autonomia do usuário” também foi colocada em segundo plano enquanto “o empoderamento e a emancipação da população em situação de rua” (21^a) ficou próximo ao final da lista. Ter como horizonte de trabalho a construção de autonomia e processos emancipatórios junto aos usuários é um ponto de partida e de chegada de suma importância não só para as eCR, mas para o trabalho em saúde de uma maneira geral.

As atitudes que merecem comentários por não terem sido escolhidas entre as prioritárias foram as de “sensibilizar os demais serviços da rede para acolher a eCR e a PSR” (13^a) e a de “sensibilizar a comunidade para o trabalho desenvolvido pela eCR” (16^a). Essas atitudes compreendem informar, esclarecer e tornar a rede e a comunidade sensíveis à missão e às possibilidades de trabalho da equipe, o que pode facilitar que a PSR transite pelos serviços públicos, da maneira mais autônoma possível, sem que tenha de recorrer à eCR para

mediar o acesso aos serviços da rede. A manutenção dessas atitudes pode, também, ampliar as chances da equipe problematizar junto à rede e à comunidade questões de estigma e preconceito.

Além disso, a também preterida atitude de “ter credibilidade junto à rede” (12^a) traz, entre outras questões, a discussão sobre a resolutividade da eCR, pois uma das formas de manter a credibilidade junto à rede é operando uma relação de parceria entre todos os usuários e os serviços. Isso inclui o compartilhamento e encaminhamento de usuários e coloca em destaque as possibilidades de interagir e ter ofertas concretas para os problemas demandados pela PSR. Dito de outro modo: se a eCR não conseguir ofertar concretamente ações de cuidado para a população que atende e a maior oferta da equipe for o encaminhamento, provavelmente isso será um problema em potencial na construção da credibilidade junto à rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, é importante considerar a reduzida produção de conhecimento que, ao menos no período pesquisado, tem se dedicado sobretudo à descrição das características da PSR, aos modos de viver nas ruas, à exemplificação da experiência das equipes (Consultório de Rua e Consultórios na Rua) e com foco no cuidado a usuários de álcool e outras drogas. Há, portanto, uma carência de investigações sobre o perfil dos trabalhadores, o processo de trabalho e a formação profissional neste contexto de atuação. Há também poucas informações estruturadas sobre a PSR, visto que a primeira e única pesquisa é datada de 2008. Assim, é importante que seja incluída a contagem da PSR no próximo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, previsto para 2020.

Tendo isso em vista os resultados que foram obtidos por esta investigação, ganha importância a estratégia de criação de grupos de pesquisa pelas Instituições de Ensino e Pesquisa dedicados ao perfil dos trabalhadores e formações para essas equipes de AB específicas, com vistas a produzir conhecimentos que informem a gestão e os trabalhadores do SUS, para a construção de futuras ofertas de formação. Esperamos que o presente trabalho seja uma contribuição neste sentido.

Ao cabo do processo de imersão no debate sobre os diversos entendimentos e apreensões do conceito de competência, tomar os conhecimentos como registros informacionais (saber), as habilidades como registro da experiência (saber fazer) e as atitudes como registros comportamentais (saber ser) se mostrou adequado e pertinente para a condução das discussões e construção dos produtos desta pesquisa.

Pensar a formação de trabalhadores do SUS baseada em competências exige o desenvolvimento no trabalhador/estudante da capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades e atitudes, com o objetivo de interagir com as circunstâncias, dilemas, questões e problemas de saúde inseridos na vida prática e concreta dos territórios. Também evoca (e provoca) o compromisso das Instituições de Ensino e Pesquisa em ofertar formações, nos mais diversos graus e modelos, compromissadas com a adequada articulação entre ensino e trabalho. Somente deste modo a noção de competência poderá avançar no campo das lutas dos modelos no campo técnico e ideológico da educação em saúde.

Nesta perspectiva, propor que as futuras formações para trabalhadores dos Consultórios na Rua sejam baseadas em competências e não em conteúdos (como tradicionalmente é feito) parece pertinente, dado que estas são equipes que terão as demandas das ruas invadindo de forma escancarada seu dia a dia de trabalho, sem pedir licença; uma

realidade composta por casos quase sempre complexos, que trazem um passivo de interação entre diversas condições e agravos (doenças crônicas, vulnerabilidades severas, problemas na relação com álcool e outras drogas, graves exclusões, etc.), deixando flagrante o descolamento entre o que é ofertado como qualificação e a necessidade de construção de respostas eficazes da equipe que possam contribuir com o cuidado integral da PSR.

Estes argumentos e motivações estão espalhados em diversos conteúdos dos grupos focais e justificam o reforço da lógica da formação por competência para o campo da saúde como um todo. Porém aqui, no levantamento realizado para este estudo, nas demandas apresentadas, nas prioridades elencadas (ou não) pelos trabalhadores e especialistas, acredita-se ter um retrato emblemático das necessidades formativas bem como dos efeitos deletérios de formações que sigam alinhadas com as propostas conteudistas para o SUS.

Neste ponto, elencar elementos prioritários para a proposição de competências, construídos de forma ascendente (a partir de trabalhadores), e ainda que de forma exploratória, pode ser de grande valia para o fortalecimento do processo de implementação e consolidação dos Consultórios na Rua. Além disso, os produtos deste estudo pretendem contribuir para informar trabalhadores, Instituições de Ensino e Pesquisa e gestores (municipais, estaduais e federais) sobre as competências requeridas para a atuação dos trabalhadores das eCR, com a indução de agendas para a qualificação destas equipes.

A lista final de conhecimentos, habilidades e atitudes priorizadas nas escolhas dos *experts* evidencia um demasiado “prestígio” entre os sujeitos pesquisados por elementos que se conectam com a parte clínica. Ao mesmo tempo, nos grupos focais está presente um elevado conjunto de conteúdos enunciados que fazem referência às questões da resolutividade da equipe em relação aos problemas demandados pela PSR, à necessidade de aprimoramento dos conhecimentos e ao manejo dos casos no campo da Saúde Mental e problemas com álcool e outras drogas, à necessidade de conhecer e manejar os agravos e doenças mais prevalentes, enfim, pontos que marcam a força da temática da ação direta junto à PSR. Essa percepção dos sujeitos entrevistados coloca em um plano de menor destaque o tema da organização do processo de trabalho e do trabalho em rede, pontos que precisam ocupar mais destaque na agenda das equipes e das futuras formações para as mesmas, sob pena de organizar todo um imaginário de que a clínica está descolada da gestão e organização do processo de trabalho, além do trabalho articulado em rede. Organização e articulação que podem, inclusive, contribuir para reposicionar as ações e ofertas clínicas, o que poderia recolocar os próprios objetivos da clínica praticada pelas eCR.

Neste contexto, defende-se o equilíbrio entre a clínica, o processo de trabalho e o trabalho em rede na tentativa de reverter ou escapar da priorização clássica dos elementos mais ligados à dimensão clínica do trabalho do Consultório na Rua, como: avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns entre a PSR; álcool e outras drogas; abordar a PSR; escutar; resiliência; ser empático; respeito à liberdade do usuário; permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro; e disponibilidade para se relacionar. Tais elementos, se tomados como prioritários e descolados da prática da gestão e da atuação em rede, tendem sobretudo a hipertrofiar o trabalho da equipe na ação direta com o usuário, dando menor prestígio para os elementos que podem contribuir com a organização do processo de trabalho e a relação com outros serviços e políticas públicas. Se tomados em equilíbrio, a gestão, o processo de trabalho e o cuidado direto ao usuário tornam virtualmente possível que a equipe possa ofertar não só cuidado, mas possa também colaborar com o ordenamento e a regulação dos usuários pela rede, além de, pela via de processos de trabalho sistematizados, fortalecer por exemplo a Educação Permanente.

O tema da Educação Permanente merece aqui uma consideração. A escolha de orientar este trabalho pelos objetivos de mapear os conhecimentos, habilidades e atitudes, além de propor competências, foi uma tática para oferecer subsídios no intuito de que as formações para os Consultórios na Rua possam ser baseadas em competências, enunciadas e priorizadas pelos próprios trabalhadores destas equipes, nas mais diferentes realidades experimentadas por estes profissionais pelo país. Não é ignorada a estreita relação que os dados levantados e as competências sugeridas têm com a ideia e a lógica da Educação Permanente e também tem-se ciência da importância desta temática no campo da Educação em Saúde, e que essa pode até ser uma via de execução da educação por competência, assim como a Educação Continuada, ou mesmo como as diretrizes curriculares podem se guiar por essas competências ou seus elementos. Porém, é preciso reforçar que este trabalho objetivou levantar e sugerir competências e, assim sendo, as estratégias de execução não foram feitas parte do nosso escopo, embora nossas proposições pretendam informar as formações. Entretanto, não esteve entre os nossos objetivos discutir como os elementos e as competências serão aplicadas, dado o tempo da pesquisa e o escopo escolhido.

Enfim, é importante apontar um conjunto de agendas futuras de investigação que o escopo, os limites e os recortes realizados pelo presente trabalho não possibilitaram a abordagem, como: a clínica das eCR (presente em muitos dos elementos mapeados) e a produção de cidadania; a função de qualificação das demais equipes e serviços do território que a eCR pode proporcionar para garantia de acesso e continuidade do cuidado junto a essa

população; e as chances que estas equipes tem de discutir e construir modelos menos hierárquicos de atendimento na AB e a partir dela; a própria questão da Educação Permanente na interface com o trabalho na eCR. Enfim, temas que provocam a continuidade de pesquisas sobre estas temáticas e muitas outras referentes às políticas públicas de saúde e à PSR.

Considera-se que os produtos desta dissertação – atributos e competências propostos para o trabalho nas eCR, além dos debates suscitados a partir das leituras dos grupos focais e das interações dos *experts* com a temática – possam colaborar com a qualificação da formação de profissionais para o SUS, no contínuo esforço de aproximar os modos de educar, as formas apropriadas de acolher e enfrentar as demandas de saúde. Além disso, ainda no campo da formação, o mapeamento dos elementos (conhecimentos, habilidades e atitudes) podem fornecer pontos de apoio para a construção de situações problema, inseridas na lógica da Aprendizagem Baseada em Problemas (conhecida como PBL⁸).

É importante sinalizar que este estudo escolheu focar na problemática da formação de trabalhadores, porém ciente de que há impactos possíveis também para a gestão (esferas federal e municipal) e para esta política pública específica, tendo em vista que a revisão dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, corroborada fala dos trabalhadores das eCR entrevistados, explicita significativa carência de informações e orientações mais específicas sobre estas equipes. Pretende-se que esta pesquisa traga também direcionamentos para possíveis formas de organização do trabalho nas eCR, problematizando resultados esperados e alcançados e, ainda, os indicadores de monitoramento e avaliação destas equipes. A realização deste estudo evidencia a carência de informações acerca destas questões, os também os limites para os processos formativos, apontando para a necessidade de construção de uma agenda de governo que contemple tais pontos, que consideramos essenciais a uma política pública neste setor.

⁸ *Problem Based Learning*

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. de; RIBEIRO, E. C. O. Conceito e avaliação de habilidades e competências na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34(3): 371-78; 2010.
- AMARANTE, P. (Coord.). *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 218, de 6 de março de 1997. Reconhece as categorias profissionais de saúde de nível superior. *Diário Oficial[da]República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 maio 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 100 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 27), 2007.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, 2008.
- _____. Decreto nº 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 dá outras providências. *Diário Oficial[da]República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Seção 1, p. 16.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. *Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010, 48 p.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial[da]República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial[da]República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jan. 2012a. Seção 1, p. 46.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. *Diário Oficial[da]República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jan. 2012b. Seção 1, p. 48.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às equipes de consultório na rua nas diferentes modalidades. *Diário Oficial[da]República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 jun. 2014a. Seção 1, p. 43.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 112 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39), 2014b.
- CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: janeiro de 2016.
- CAMPOS, R. T. O. Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consensos. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, n.1, p. 221-41, 2010.
- CANÔNICO, R. P. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, Edição especial, 2007, p. 799-803.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.
- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 8(16): 161-78, 2005.
- DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 621-39, 2012
- DE ANTONI, C. et al. Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 53, n. 2, p. 38-53, 2001.
- GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Educativa*, Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, 1999.
- HAGER, P.; GONCZI, A. *Professions and competencies*. London: Routledge. 1996.
- HERNÁNDEZ, D. Políticas de certificación de competencias em América Latina. In: CINTERFOR. *Competencia laboral y valorización del aprendizaje*. Montevideo: Cinterfor/OIT. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional, n. 152, 2002.
- LIMA, V. V. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, p.123-40, 2005.
- LOPES, L. E. (Org.) *Caderno de atividades- tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de Consultórios na Rua*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
- MADÉL, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MARTINO, J. P. *Technological forecasting for decision marking*. 3. ed. New York: Mac Graw-Hill Inc. 1993.

- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p. 2297-305, 2010.
- MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Londrina, *Revista Olho Mágico*, 2001.
- MUNARETTO L. F.; CORRÊA H. L.; CUNHA J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Revista de Administração da UFSM*, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013.
- ONOCKO CAMPOS, R. T. Prefácio. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Org.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151 p.
- PAULON, S.; NEVES, R. Apresentação. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Org.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151 p.
- PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999a.
- _____. Construir competências é virar as costas aos saberes? *Revista Pedagógica*, Porto Alegre, n. 11, p. 15-9, 1999b.
- _____. *Pedagogia diferenciada: das intenções à ação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- _____. *Escola Reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- RABELLO, E. T. *Ações em saúde mental na atenção básica em saúde: manobras de conhecimento e negociação de sentidos*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- REIS JUNIOR, A.G. *Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG*. 2011. 146f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- SAUPE, R. et al. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31-7, 2006.
- _____. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema único de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm.*, v.16, n.4, p.654-61, 2007.
- TURRINI, R. N. T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.
- TUROFF, M.; LINSTONE, H. A. *The Delphi method*. New York: Addison Wesley Publishing Company Inc., 1975.
- VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O. Da formação por competências à prática docente reflexiva. *Revista Iberoamericana de Educación*, n.º 48/4, 2009.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulada “Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua”, conduzida por Marcelo Pedra Martins Machado. Este estudo tem por objetivos Sistematizar os elementos que compõem as competências para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua, no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica. Você foi selecionado(a) por ser trabalhador de uma equipe de Consultório na Rua.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento sem sofrer prejuízo ou sanção de qualquer natureza. Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer natureza.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal (grupo de discussão) sobre o trabalho em uma equipe de Consultório na Rua (eCR). O grupo focal será realizado em seu local de trabalho, em sala destinada para esse fim, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, com a presença de outros trabalhadores de eCR. O grupo será conduzido pelo pesquisador Marcelo Pedra Martins Machado, que fará anotações sobre os temas abordados. Além disso, o grupo será registrado em gravação de áudio e, posteriormente, transcrito para fins de análise.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Marcelo Pedra Martins Machado. Endereço: QRSW 8A, Bloco 5, ap. 206, Sudoeste, Brasília; marcelopedra@bol.com.br, telefones 21 969291617, ou 61 33155903.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Brasília, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE B - Tópicos-guia para grupo focal

- 1- Quais são as trajetórias profissionais da formação até o trabalho na eCR?
- 2- Como é a experiência de trabalho em uma eCR?
- 2- Saberes, habilidades e atitudes importantes para o trabalho nas eCR:
 - a) Quais são?
 - b) Para que são importantes?
 - c) Como ou onde adquire/aprende?
- 3- Quais são os desafios do trabalho nas eCR?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Especialistas)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulada “Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua”, conduzida por Marcelo Pedra Martins Machado. Este estudo tem por objetivos Sistematizar os elementos que compõem as competências para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua (eCR), no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica. Você foi selecionado(a) por ser considerado(a) uma referência no assunto.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento sem sofrer prejuízo ou sanção de qualquer natureza. Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer natureza. Sua participação nesta pesquisa consistirá em comentar uma lista de competências que será enviada por e-mail, com suas opiniões sobre as conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao trabalho eCR. A lista será elaborada pelo pesquisador Marcelo Pedra Martins Machado, que fará também a análise e sistematização dos seus comentários.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Marcelo Pedra Martins Machado. Endereço: QRSW 8A, Bloco 5, ap. 206, Sudoeste, Brasília; marcelopedra@bol.com.br, telefones 21 969291617, ou 61 33155903.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Brasília, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE D - *E-mail* para os especialistas em Consultório na Rua (conhecimentos, habilidades e atitudes)

Olá

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulada **“Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua”**, conduzida por Marcelo Pedra Martins Machado. Este estudo tem por objetivo *sistematizar os elementos que compõem as competências para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua (eCR)*, no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica. ***Você foi selecionado(a) por ser considerado(a) uma referência no assunto.***

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder dois questionários que serão enviados por e-mail (no intervalo de 30 dias), com suas opiniões sobre as conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao trabalho eCR. O questionário foi elaborado pelo pesquisador Marcelo Pedra Martins Machado, a partir dos grupos focais realizados com três eCR, no Distrito Federal. O pesquisador fará também a análise e sistematização das suas respostas para responder à pergunta da pesquisa.

De forma sintética, a pesquisa está usando como referencial para entender **conhecimento** *o conjunto de informações que possibilitam ao profissional o domínio de saberes, que balizam sua tomada de decisões e solução de problemas (aspectos cognitivos); as **habilidades** são o conjunto de experiências obtidas que fornecem ao profissional o domínio do saber fazer (aspectos práticos) e; por **atitudes** entendemos o conjunto de comportamentos e posicionamentos que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver (aspectos socioafetivos).*

Se você avaliar que as definições utilizadas para descrever o conhecimento, a habilidade e a atitude não estiverem claras, poderá sugerir sua modificação. Da mesma forma, se avaliar que existem conhecimentos, habilidades e atitudes não listados abaixo, mas que em sua opinião, são importantes, poderá sugeri-los também.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

A devolutiva deste questionário preenchido será considerada como aceite de participação na pesquisa, conforme as condições dispostas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa ou sua forma de participação, favor entrar em contato com o pesquisador.

Sugestão: para marcar o item (de 1 à 7) utilize a ferramenta “destacar texto ou realce”, na cor **amarela**.

Exemplo:

1. Você avaliar ser importante saber pilotar aviões para o trabalho no Consultório na Rua.

1 2 3 4 5 6 7.

Obrigado por sua participação!!!

Marcelo Pedra Martins Machado

QUESTIONÁRIO

Dados sociodemográficos do respondente:

Idade: anos

Escolaridade: Nível médio Superior incompleto Superior completo

Formação:

Maior titulação: Especialização Mestrado Doutorado Pós doutorado

Tempo de formado:

Serviço onde atua:

Cidade onde atua:

Tempo de atuação junto à população em situação de rua (PSR):

Outras experiências profissionais:

SOBRE O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA

Conhecimento é o conjunto de informações que possibilitam ao profissional o domínio de saberes, que o balizam na tomada de decisão e na solução de problemas (aspectos cognitivos).

Em uma escala onde um (1) é pouco importante e sete (7) é fundamental, avalie os itens abaixo em relação à necessidade deste conhecimento para o trabalho em um Consultório na Rua. Caso não concorde com os termos utilizados para descrever o conhecimento ou, ainda, tenha sugestão de outros modos, sinalizar em seguida à escala. Se achar que o proposto não é um conhecimento mas, sim, uma habilidade ou uma atitude, sinalizar em seguida.

Saúde mental.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Álcool e outras drogas.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns entre a PSR – População em Situação de Rua (por exemplo: tuberculose, HIV/AIDS, desvitaminoses, doenças infectocontagiosas).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Sobre as violências, preconceitos, discriminações e negligências, junto à PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Sobre as Políticas Sociais.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Práticas integrativas e complementares.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Sobre a rede local e seu funcionamento.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Sobre feridas e curativos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Sobre as Políticas de Saúde.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Rede de Assistência Social.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Direitos e leis referentes à PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Manejo de crise em saúde mental.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Protocolos de segurança do trabalhador da saúde.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Funcionamento das populações específicas.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Casos agudos de urgência ou emergência.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Trabalho interdisciplinar.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Terapia comunitária.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Fluxos migratórios da população atendida.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Uso de protocolos clínicos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua.

1 2 3 4 5 6 7. Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Itinerário terapêutico dos usuários.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Sistematização do processo de trabalho em saúde.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Informações sobre a comunidade local 1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Educação em saúde.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

As atribuições de profissionais na eCR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação este não é um conhecimento, mas sim: uma habilidade uma atitude.

Outros conhecimentos que deveriam ser incluídos nessa lista? Quais?

Habilidades são o conjunto de experiências obtidas que fornecem ao profissional o domínio do saber fazer (aspectos práticos).

Em uma escala onde um (1) é pouco importante e sete (7) é fundamental, avalie os itens abaixo em relação às habilidades necessárias para o trabalho em um Consultório na Rua. Caso não concorde com os termos utilizados para descrever a habilidade ou, ainda, tenha sugestão de outros modos, sinalizar em seguida à escala. Se achar que o proposto não é um conhecimento mas, sim, um conhecimento ou uma atitude, sinalizar em seguida.

Trabalhar em equipes multiprofissionais.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Escutar.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Comunicação interpessoal.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Cuidar de feridas e fazer/cuidar de curativos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Mediar de conflitos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

De dar continuidade aos tratamentos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Empoderar e emancipar a população em situação de rua.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Negociar acesso junto aos serviços de saúde.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Realizar reuniões intersetoriais.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Trabalhar com a redução de danos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Atendimento integral.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Levantar e vincular as demandas da PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Desenvolver o diálogo entre os membros da equipe.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Criar vínculos e acolher a PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Dar visibilidade à PSR junto à Secretaria de Saúde. 1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Abordagem com a família.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Manejo de casos referentes ao cuidado de questões advindas do uso de álcool e outras drogas.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Realização de diagnósticos dos agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua (tuberculose, câncer, sífilis, DSTS/AIDS).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Abordar a PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Adaptação à linguagem da PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Construir relação com instituições de ensino e pesquisa (estágio e formação em serviço/residências).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Construir abertura para o atendimento à demanda espontânea.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Promover a Educação Permanente para os trabalhadores.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Lidar com as frustrações do trabalho com a PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Promover estratégias de adesão aos tratamentos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Construir espaços de supervisão.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Construir relações com a rede local.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Realizar consulta compartilhada.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Planejar das ações da equipe.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Sistematizar informações do processo de trabalho.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Realizar reuniões de equipe. 1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Sistematizar e discutir casos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Construção de memória institucional.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Realizar educação em saúde junto à PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Criar flexibilidades acesso ao serviço.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Criar uma rotina de reuniões intersetoriais.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma habilidade, mas sim: um conhecimento uma atitude.

Outros conhecimentos que deveriam ser incluídos nessa lista? Quais?

Atitudes são os comportamentos e posicionamentos que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver (aspectos socioafetivos).

Em uma escala onde um (1) é pouco importante e sete (7) é fundamental, avalie os itens abaixo em relação às atitudes necessárias para o trabalho em um Consultório na Rua. Caso não concorde com os termos utilizados para descrever a atitude ou, ainda, tenha sugestão de

outros modos, sinalizar em seguida à escala. Se achar que o proposto não é um conhecimento mas, sim, um conhecimento ou uma habilidade, sinalizar em seguida.

Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Disponibilidade para se relacionar.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Trabalho humanizado (modo de interação entre usuários e profissionais de saúde que leve em consideração as demandas dos usuários, a ambiência dos serviços, mas também boas condições de trabalho para os profissionais de saúde).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Ser proativo (antecipação e responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações de trabalho).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Ser empático (colocar-se no lugar do outro).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Resiliência (capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas).

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Adaptação a novas situações/Lidar com situações imprevistas.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Sensibilização da PSR para o acesso e uso dos serviços públicos.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Sensibilização da comunidade para o trabalho desenvolvido pela eCR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Sensibilizar os profissionais da rede e a comunidade local.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Sensibilização dos demais serviços da rede para acolher a eCR e a PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Ter credibilidade junto à PSR.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Ter credibilidade junto à rede.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Saber lidar com o preconceito.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Respeito à liberdade do usuário.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Improvisar/ser criativo.

1 2 3 4 5 6 7.

Sugestão para a mudança do termo utilizado:

Na sua avaliação esta não é uma atitude, mas sim: um conhecimento uma habilidade.

Outras atitudes que deveriam ser incluídos nessa lista? Quais?

APÊNDICE E – E-mail da segunda rodada do estudo

Olá

Esta é a segunda rodada do questionário do estudo/pesquisa intitulada “Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua”. Este estudo tem por objetivo sistematizar os elementos que compõem as competências para o trabalho nas equipes de Consultório na Rua (eCR), no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica. Você foi selecionado(a) por ser considerado(a) uma referência no assunto.

Para esta rodada foram sistematizados os 30 itens que tiveram o maior consenso entre todos os participantes da primeira rodada da pesquisa, sendo 10 conhecimentos, 10 habilidades e 10 atitudes. Sua participação não é obrigatória e nesta rodada consiste em dar uma ordem de prioridade, de 1 à 10, para estes itens. Assim, o item que você avaliar como o mais importante entre os 10 receberá a marcação no número 1, e assim sucessivamente até classificar os 10. Deste modo, cada item receberá um grau de importância diferente do outro, um deles será o primeiro, outro o segundo e assim sucessivamente a partir das suas escolhas. Deste modo, não deve haver dois itens com a mesma classificação (número).

De forma sintética, a pesquisa está usando como referencial para entender **conhecimento** o conjunto de informações que possibilitam ao profissional o domínio de saberes, que balizam sua tomada de decisões e solução de problemas (aspectos cognitivos); as **habilidades** são o conjunto de experiências obtidas que fornecem ao profissional o domínio do saber fazer (aspectos práticos) e; por **atitudes** entendemos o conjunto de comportamentos e posicionamentos que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver (aspectos socioafetivos).

Se você avaliar que as definições utilizadas para descrever o conhecimento, a habilidade e a atitude não estiverem claras, poderá sugerir sua modificação. Da mesma forma, se avaliar que existem conhecimentos, habilidades e atitudes não listados abaixo, mas que em sua opinião, são importantes, poderá sugeri-los também.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

A devolutiva deste questionário preenchido será considerada como aceite de participação na pesquisa, conforme as condições dispostas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa ou sua forma de participação, favor entrar em contato com o pesquisador.

Sugestão: para marcar a ordem de prioridade que você quer dar ao item (de 1 à 10) utilize a ferramenta “destacar texto ou realce”, na cor amarela.

Exemplo:

1. Você avalia ser importante saber pilotar aviões para o trabalho no Consultório na Rua.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º. (esse é o 3º item que você avaliar ser importante)

2. Você avalia que é necessário saber cozinhar para o trabalho no Consultório na Rua.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º. (esse é o 1º item que você avaliar mais importante)

3. Você avalia que ter um relógio é fundamental para trabalhar no consultório na Rua.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º. (esse é o 4º item que você avaliar importante)

4. Você avalia que é preciso ter um animal de estimação para trabalhar no Consultório na Rua.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º. (esse é o 2º item que você avaliar importante)

Obrigado por sua participação!

Marcelo Pedra Martins Machado

QUESTIONÁRIO

SOBRE O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA

Conhecimento é o conjunto de informações que possibilitam ao profissional o domínio de saberes, que o balizam na tomada de decisão e na solução de problemas (aspectos cognitivos).

Em uma escala onde primeiro (1º) é o item mais importante e décimo (10º) é o item menos importante, avalie os itens abaixo em relação à necessidade deste conhecimento para o trabalho em um Consultório na Rua. Cada item receberá um grau de importância diferente do outro, um deles será o primeiro, outro o segundo e assim sucessivamente a partir das suas escolhas. Deste modo, não deve haver dois itens com a mesma classificação (número).

As atribuições de profissionais na eCR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Álcool e outras drogas.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Conhecimento sobre a rede local e seu funcionamento.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Agravos mais prevalentes entre a população em situação de rua.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Conhecimentos sobre as violências, preconceitos, discriminações e negligências, junto à PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Direitos e leis referentes à PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Rede de Assistência Social.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Avaliação e manejo de situações clínicas mais comuns entre a PSR – População em Situação de Rua (por exemplo: tuberculose, HIV/AIDS, desvitaminoses, doenças infectocontagiosas, drogadição, doenças dermatológicas, sofrimentos mentais, hipertensão arterial e diabetes).

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Saúde mental.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Conhecimentos sobre as Políticas de Saúde.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Habilidades são o conjunto de experiências obtidas que fornecem ao profissional o domínio do saber fazer (aspectos práticos).

Em uma escala onde primeiro (1º) é o item mais importante e décimo (10º) é o item menos importante, avalie os itens abaixo em relação à necessidade desta habilidade para o trabalho em um Consultório na Rua. Cada item receberá um grau de importância diferente do outro, um deles será o primeiro, outro o segundo e assim sucessivamente a partir das suas escolhas. Deste modo, não deve haver dois itens com a mesma classificação (número).

Escutar.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Trabalhar em equipes multiprofissionais.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Abordar a PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Comunicação interpessoal.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Levantar e vincular as demandas da PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Trabalhar com a redução de danos.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Atendimento integral.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Criar vínculos e acolher a PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Sistematizar e discutir casos.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Mediar o acesso junto aos serviços de saúde.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Atitudes são os comportamentos e posicionamentos que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver (aspectos socioafetivos).

Em uma escala onde primeiro (1º) é o item mais importante e décimo (10º) é o item menos importante, avalie os itens abaixo em relação à necessidade desta atitude para o trabalho em um Consultório na Rua. Cada item receberá um grau de importância diferente do outro, um deles será o primeiro, outro o segundo e assim sucessivamente a partir das suas escolhas. Deste modo, não deve haver dois itens com a mesma classificação (número).

Respeito à liberdade do usuário.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Ter credibilidade junto à PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Ser empático (colocar-se no lugar do outro).

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Trabalho humanizado (modo de interação entre usuários e profissionais de saúde que leve em consideração as demandas dos usuários, a ambiência dos serviços, mas também boas condições de trabalho para os profissionais de saúde).

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Resiliência (capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas).

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Adaptação a novas situações/lidar com situações imprevistas.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Saber lidar com a frustração e impotência gerada pelo trabalho com a PSR.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º.

Disponibilidade para se relacionar.

□1° □2° □3° □4° □5° □6° □7° □8° □9° □10°.

Permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro.

□1° □2° □3° □4° □5° □6° □7° □8° □9° □10°.

Saber lidar com o preconceito.

□1° □2° □3° □4° □5° □6° □7° □8° □9° □10°.