

A atuação do consultório na rua quanto ao acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: uma revisão literária

The Performance of the Street Office Regarding the Access of the Street Population to Health Services: A Literary Review

Felipe Aparecido Vendrame Macedo^{1*}, Layla Graciano Speçato¹, Aliny Lima dos Santos¹

RESUMO

As equipes consultório na rua são equipes multiprofissionais da Atenção Básica em Saúde compostas por profissionais de saúde que prestam atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Com o objetivo de identificar o atendimento prestado pela equipe consultório na rua à população em situação de rua; compreender os desafios e barreiras enfrentadas pela equipe; foi desenvolvida esta revisão integrativa. Inicialmente foram encontrados 110 estudos, dos quais 53 foram pré-selecionados e 12 selecionados. Os achados foram sistematizados em quatro categorias: 1) O vínculo como ferramenta de acesso e alcance às PSR; 2) Compreendendo os desafios e barreiras na prática das eCR; 3) Compreendendo a intersetorialidade como ferramenta fundamental para a construção da cidadania e saúde e 4) Redução de danos e inclusão social. Os estudos descrevem o trabalho das equipes do consultório na rua e apontam diversos desafios e dificuldades encontrados pela equipe na atenção integral à população em situação de rua.

Palavras-chave: Atendimento Prestado; Redução de Danos; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Street office teams are multidisciplinary teams of Primary Health Care composed of health professionals who provide comprehensive care to the health of people living on the streets. In order to identify the care provided by the office staff on the street to the homeless population; understand the challenges and barriers faced by the team; this integrative review was developed. Initially, 110 studies were found, of which 53 were pre-selected and 12 selected. The findings were systematized into four categories: 1) Bonding as a tool to access and reach PSR; 2) Understanding the challenges and barriers in the practice of eCR; 3) Understanding intersectoriality as a fundamental tool for building citizenship and health and 4) Harm reduction and social inclusion. The studies describe the work of the teams in the office on the street and point out several challenges and difficulties encountered by the team in providing comprehensive care to the homeless population.

Keywords: Service Provided; Damage Reduction; Health Vulnerability.

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como um direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado, para tal foi determinada

¹ Campus Maringá-PR, Universidade Unicesumar. *E-mail: felipeap03@gmail.com

a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). A implementação do SUS iniciou em 1990, mas seus princípios de universalidade, integralidade e equidade não são inteiramente contemplados no atendimento aos cidadãos até os dias atuais. Indivíduos extremamente vulneráveis como a população em situação de rua (PSR), sofrem inúmeras dificuldades de acesso ao SUS e a sua porta de entrada, a Atenção Primária à Saúde (APS) (ENGSTROM et al., 2016).

Informações quanto à dimensão e condições de saúde da PSR são escassas e desatualizadas, devido à baixa visibilidade e reconhecimento destes indivíduos nos censos demográficos nacionais. A PSR também não aparece no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma vez que seus dados são coletados nos domicílios (ENGSTROM et al., 2019; ENGSTROM et al., 2016). Para amenizar esse déficit, em 2007-2008 o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou uma pesquisa nacional censitária em 71 municípios. Tal estudo identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua, das quais 82% eram do gênero masculino, 53,0% se encontravam em faixas etárias entre 25 e 44 anos, 70,9% exercem alguma atividade remunerada, 19,0% não conseguem se alimentar todos os dias, 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde (BRASIL, 2008b).

A escassez de informações acerca da PSR dificulta a tomada de decisões e torna essa população invisível para a sociedade e o estado, configurando uma lacuna de conhecimento sobre essa problemática. Com o intuito de ofertar à PSR acesso integral à saúde, atenção humanizada e proteção, foram criadas as equipes do consultório na rua (eCR) (ENGSTROM et al., 2016).

Inicialmente o Consultório de Rua (eCR) foi criado no início de 1999 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) como uma resposta ao problema de crianças em situação de rua e uso de drogas (BRASIL, 2010). Salvador, em 2004, vinculou o eCR ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD). Nesse período o eCR atendia principalmente crianças e adolescentes usuários de drogas que viviam nas ruas em condições de extrema vulnerabilidade, no entanto com o tempo o atendimento foi ampliado a outras faixas etárias vulneráveis, porém sempre priorizando o público infanto-juvenil. Sua estrutura de funcionamento era composta por uma equipe pequena, com formação multidisciplinar que utilizavam vans para o deslocamento dos profissionais e insumos. O propósito do eCR era oferecer aos usuários de substâncias psicoativas recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo-os em seus locais de

permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, atuavam como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitavam sua inserção na rede (BRASIL, 2010).

Em maio de 2008, o governo federal desenvolveu a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, como forma de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade (BRASIL, 2008a). O decreto presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 institui de fato a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Com isso tal política adquire novos princípios, diretrizes e objetivos (BRASIL, 2009a). Ainda em 2009, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu os eCR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD (BRASIL, 2009b).

Em 2011 a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB), e com o objetivo de ampliar o acesso da PSR à rede de atenção integral à saúde, traz a normatização das equipes do consultório na rua (eCR) (BRASIL, 2011). Diante disso, a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR (BRASIL, 2012). As eCR são equipes multiprofissionais da atenção básica compostas por profissionais de saúde que possuem a exclusiva responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011). Além disso, a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 adicionou às atividades da eCR a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2012).

As eCR funcionam desempenhando suas atividades in loco, de forma itinerante, podendo realizar suas ações na rua, na unidade móvel e nas instalações da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território em que atuam (BRASIL, 2011). A fim de facilitar o acesso da PSR, as equipes deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas, contudo, seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas da PSR, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana (BRASIL, 2011). As eCR devem atuar integradas às UBS e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012). De fato, a eCR atua como modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) flexível às diversas realidades

encontradas na rua, sendo assim, a eCR deve ser a principal porta de entrada da PSR para a rede de saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 define três modalidades de equipes dos Consultórios na Rua. Tais modalidades poderão ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. A modalidade I se caracteriza por uma equipe formada por no mínimo quatro profissionais citados acima, (excetuando-se o médico) sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio. A modalidade II possui uma equipe formada por no mínimo seis profissionais citados acima, (excetuando-se o médico) sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio. Já a modalidade III possui a equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012).

Compreender sobre o cuidado prestado à PSR envolve reconhecer as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde que são dirigidos a essa população, como a eCR. Na procura por essas informações foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura que tem como objeto de estudo o cuidado prestado pela eCR a população em situação de rua. Os objetivos do estudo foram identificar o atendimento prestado pela eCR a PSR e compreender os desafios e barreiras enfrentadas pela equipe.

O questionamento sobre quais são as potencialidades, desafios e barreiras enfrentadas pelo Consultório na Rua norteia o estudo. Busca-se discutir além dos desafios e barreiras encontrados na prática das eCR, sua relação com a PSR; vínculo como ferramenta de acesso e alcance às PSR; intersetorialidade como ferramenta fundamental para a construção da cidadania e saúde; redução de danos e inclusão social.

MATERIAIS E MÉTODOS

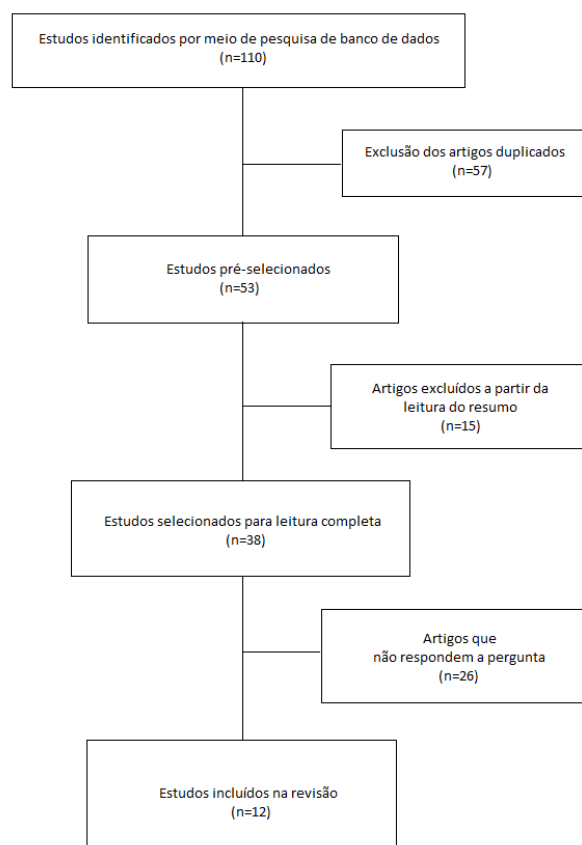
Esta revisão integrativa foi executada utilizando artigos consultados no período de maio e junho de 2021 nas bases de dados PubMed, Directory of Open Access Journals (DOAJ), National Center for Biotechnology Information (NCBI), Science Direct, Scopus, Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foi utilizado como palavra chave o termo: Consultório na Rua. A pergunta que guia esse estudo é “Quais são as potencialidades, desafios e barreiras enfrentadas pelo Consultório na Rua?”.

Utilizou-se como limite de busca artigos científicos publicados de 2015 a 2021. Foram excluídos aqueles que estavam duplicados.

Os registros foram primeiramente selecionados com base em seus resumos, desconsiderando aqueles que não apresentavam os termos da busca, em segunda análise foi feita a leitura completa do artigo, selecionando apenas aqueles que respondiam a pergunta que guiava o estudo. Os artigos selecionados foram analisados por dois revisores independentes, que os classificaram como incluído, excluído ou duvidoso. Aqueles classificados como duvidosos foram revistos e discutidos entre os dois revisores, para obtenção de um consenso. Os textos completos também foram selecionados de modo pareado e independente, e os que obedeceram aos critérios de elegibilidade foram selecionados para este estudo.

Na base de dados SciELO, foram encontrados um total de 44 artigos, seguindo os critérios de inclusão 38 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta guia desse estudo e 06 permaneceram incluídos. Na base de dados DOAJ foram encontrados 28 resultados, dos quais 07 foram excluídos, 17 estavam duplicados e 04 se mantiveram na pesquisa. Na NCBI houve 07 resultados, 06 foram excluídos e 01 aprovados. Na PubMed verificou-se 10 resultados, 02 foram excluídos, 07 duplicados e 01 aprovados. Na Science Direct deu-se 11 artigos, 10 estavam duplicados e 01 foi eliminado. Na Science Direct havia 07 trabalhos que foram todos excluídos. Por fim, na Web of Science obtivemos 03 estudos que estavam duplicados. Todo esse processo de delimitação dos artigos foi representado na Figura 1. As informações sobre os artigos inseridos no estudo estão detalhadas no quadro 1.

Figura 1 – Fluxograma demonstrativo do processo de seleção dos artigos



Fonte: Os autores.

Quadro 1. Informações sobre artigos aprovados para revisão integrativa segundo autores, ano de publicação, título, revista em que foram publicados, plataforma de acesso e DOI. Maringá-PR, 2021.

Autores	Ano	Título do Trabalho	Periódico e Base de Dados
Engstrom <i>et al.</i>	2019	A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida	Saúde em Debate; Scielo
Medeiros <i>et al.</i>	2018	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua	Saúde e Sociedade; Scielo
Engstrom <i>et al.</i>	2016	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	Ciência e Saúde Coletiva; Scielo
Ferreira <i>et al.</i>	2016	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Cadernos de Saúde Pública; Scielo
Silva <i>et al.</i>	2015	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	Saúde em Debate
Hallais <i>et al.</i>	2015	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Cadernos de Saúde Pública; Scielo
Vargas <i>et al.</i>	2018	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica.	Rev Panam Salud Publica; NCBI

Vargas <i>et al.</i>	2018	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica.	Rev Panam Salud Publica; NCBI
Veridiano <i>et al.</i>	2017	Práticas intersetoriais na atenção às pessoas em situação de rua: uma atuação entre “Saúde” e “Assistência Social”	Visão; DOAJ
Machado <i>et al.</i>	2017	Redução de Danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro	Revisbrato, DOAJ
Tílio <i>et al.</i>	2016	Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua	Psicologia em Estudo; DOAJ
Lima <i>et al.</i>	2015	Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas	Psicologia em Estudo; DOAJ
Kami <i>et al.</i>	2016	Ferramenta e conhecimento ideológico no processo de trabalho do Street Outreach Office	Revista da Escola de Enfermagem da USP; PubMed

Fonte: Dados da pesquisa

Após a delimitação dos estudos, foram registradas em uma tabela de um documento WORD suas informações-chave, sendo elas: objetivos, metodologia, resultados e principais conclusões. Em seguida, os estudos foram submetidos a uma Análise de Conteúdo (AC). Assim como descreveu Bardin (1977), esse método permite identificar os inúmeros sentidos contidos no material que está sendo analisado, com a finalidade de compreendê-lo em todos os seus sentidos, além de reconstruir os conhecimentos já existentes. Essa forma de análise é caracterizada pela descrição e interpretação (responder aquilo que o texto expressa, através da teorização e abstração de seus significados), compreensão (através do exame daquilo que está sendo analisado) e análise do implícito e explícito (através do olhar para aquilo que está descrito somado ao que está subentendido, trazendo complexidade para a análise).

Para concretizar a análise, Bardin (1977) divide o processo em três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. No primeiro momento, caracterizou-se pela sistematização das ideias iniciais, ou seja, a organização dos dados, delimitando-os. No segundo momento, realizou-se a análise propriamente, caracterizando a decodificação do material. Já o tratamento dos resultados foi feito considerando as informações fornecidas pela análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O vínculo como ferramenta de acesso e alcance às PSR

As ações de saúde desenvolvidas pela eCR são norteadas para o estabelecimento de vínculos com as pessoas em situação de rua (HALLAIS et al., 2015). Evidenciou-se no estudo de Engstrom et al. (2016) que, inicialmente, a eCR se apresentava aos usuários estabelecendo laços de confiança e vínculo, informando a possibilidade de cuidado, esclarecendo sobre o sigilo das informações e da não obrigatoriedade de documentos de identificação. Para Silva et al. (2015), a construção dessa relação permite a ida dos usuários ao serviço de saúde.

Para o estudo de Hallais et al. (2015), realizado no CR de Manguinhos o vínculo inicial da eCR estabelecido com as pessoas em situação de rua foi marcado pelo constrangimento e medo, mas, simultaneamente, havia um desejo de cuidado. Relatou a equipe, que o constrangimento acontecia pelo fato dos usuários acharem que seriam rejeitados no espaço da clínica. De acordo com o autor, na cidade do Rio de Janeiro, às ações municipais desenvolvidas para a PSR eram usualmente repressivas, o que trazia medo aos usuários de serem atendidos pela eCR (HALLAIS et al., 2015).

Diversos aspectos influenciam a relação entre os sujeitos envolvidos no CR, como a experiência, o conhecimento e o acesso aos recursos disponíveis (KAMI et al., 2016). A construção e a manutenção do vínculo foram consideradas desafiadoras para as eCRs no estudo de Kami et al. (2016), visto que a manutenção do vínculo foi identificada como difícil e tênue. Esse apontamento pelas equipes analisadas foi justificado pela natureza reticente dessa população, o que conferiu um caráter de fragilidade no vínculo entre a equipe e os usuários, ademais, constatou-se que a complexidade da formação de vínculos está ligada às características de invisibilidade social desse grupo.

Para Machado et al. (2017) cabe ao profissional escutar suas demandas e compreender as reais necessidades de cada usuário para que inicia a construção do vínculo, em consonância, no estudo de Hallais et al. (2015) foi identificado algumas estratégias de aproximação, enquanto os profissionais da eCR distribuem copos de água mineral para a população em situação de rua, conversas são desenvolvidas sobre a qual rede social os moradores de rua pertencem, suas preferências e suas formas de sociabilidade. É nessa interação que se estabelecem relações de empatia e se elege qual membro da equipe será referência de cada usuário do serviço (HALLAIS et al., 2015).

No estudo de Machado et al. (2017) ao analisar que a oferta de insumos convencionais não estava aproximando a eCR da população atendida no complexo Lins

Vasconcelos, Rio de Janeiro, foi proposto à eCR uma experiência estética-cultural como recurso para as práticas em Redução de Danos (RD). Nesse cenário, a eCR começou a ofertar cartolinas, tintas, pincéis, giz de cera, canetinhas, lápis de cor, violão, pandeiro e chocalho, em primeiro momento houve uma recusa por parte da população, mas aos poucos os usuários começaram a se aproximar dos insumos, produzindo desenhos e pinturas, cantando, o que o que favoreceu o vínculo entre a eCR e os usuários que ali estavam, e posteriormente, permitiu a equipe realizar as demandas de cuidado in loco.

A partir do momento que se inicia, o vínculo possibilita às equipes de consultório na rua realizarem ações que vão além das questões de saúde-doença, buscando suprir as necessidades demandadas da população atendida, como nos casos de encaminhamento de consultas na atenção básica, internamentos hospitalares e obtenção de documentos (FERREIRA et al., 2016).

Compreendendo os desafios e barreiras na prática das eCR

Segundo Engstrom et al. (2019) apesar dos instrumentos de cadastro e fichas de acompanhamento específicas para a PSR estarem disponíveis no registro eletrônico de todas as UBSs desde 2010, as equipes as julgavam inadequadas. Diante disso utilizavam os registros manuais, como diários de campo e planilhas que são mais condizentes com a realidade da eCR. Contudo, embora mais aplicáveis, são consideradas fragilidade na prática cotidiana dos profissionais, uma vez que podem ser facilmente danificados, extinguindo as informações contidas nele (ENGSTROM et al., 2019). Por esse motivo, havia dificuldade na geração de informações, dificultando o conhecimento de indicadores epidemiológicos e resultantes de efeitos do cuidado prestado pelas eCR, informações essenciais para a tomada de decisão gerencial, trazendo um certo vazio informacional que contribui para a invisibilidade desse grupo (ENGSTROM et al., 2019).

O estudo de Ferreira et al. (2016) traz a opinião de 18 indivíduos em situação de rua atendidos pelos profissionais da eCR quanto à estrutura organizacional do Consultório na Rua. Segundo eles, a ausência de sede e/ou espaço físico específico para o atendimento dos usuários dificulta tanto o trabalho da equipe quanto o atendimento à PSR. Vale ressaltar que cada eCR deve estar vinculada a uma UBS em seu território de atuação. A garantia de um espaço físico destinado à equipe permite ampliar a resolubilidade do atendimento prestado, mas apenas duas das seis equipes possuíam, no período do estudo, um espaço físico na UBS (FERREIRA et al., 2016).

O estudo de Ferreira et al. (2016) ainda traz a questão do transporte inadequado da eCR até os usuários. Segundo os entrevistados a equipe não possuía exclusividade de transporte e tinham que compartilhar o veículo com outras redes. Por esse motivo aconteciam vários atrasos e demora na chegada ao campo, reduzindo o tempo destinado ao atendimento aos usuários. Além disso, a locomoção dos usuários até a UBS era comprometida, pois o automóvel estava regularmente em uso, dificultando e retardando o atendimento à PSR (FERREIRA et al., 2016).

Os profissionais dos serviços de saúde da rede de atenção básica e hospitalar apresentam preconceito em relação a PSR, muitas equipes de saúde resistiam em atendê-las, em decorrência de sua condição precária de higiene de saúde e parecem até rejeitá-las e/ou ser indiferentes a eles (FERREIRA et al., 2016; SILVA et al., 2015; TILIO et al., 2016). Não obstante, relatam a dificuldade de acesso à UBS sem a companhia dos profissionais do Consultório na Rua, além de burocracia para o agendamento das consultas, falta de flexibilidade nos horários de atendimento e exigência de documento de identidade, comprovante de endereço e do Cartão SUS que muitos dos usuários não possuem (HALLAIS et al., 2015; LIMA et al., 2015; KAMI et al., 2016). Tal prática além de embarrear a assistência, ainda vai contra a política de assistência às pessoas em situação de rua, que enfatiza a importância de priorizar o atendimento a estes públicos.

Compreendendo a intersetorialidade como ferramenta fundamental para a construção da cidadania e saúde

A prática da intersetorialidade requer trabalho multiprofissional e ativação de redes intersetoriais com a Assistência Social, Justiça, Educação, Cultura e Trabalho com o intuito de potencializar os dispositivos do território e implicá-los no cuidado (MACHADO et al., 2017). O CR funciona como porta de entrada no sistema de saúde e é capaz de dar respostas positivas aos seus usuários, nesse sentido, o serviço do CR não pode se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (ENGSTROM et al., 2016).

O Consultório na Rua tem a função de planejar e promover uma rede, composta pelos serviços de saúde e de outros setores, a fim de criar relações, negociar, entender a lógica e a função de cada serviço, acolher as dificuldades e, também, tensionar a acolhida

da rua e suas especificidades (VARGAS et al., 2018). Para Vargas et al. (2018) na construção dessa rede, está intrínseca toda a perspectiva do cuidado e de organização do processo de trabalho das eCR, que aponta para a urgência em se pensar práticas e políticas que atendam à necessidade da rua, sobretudo, deve-se pensar na construção de uma rede intersetorial. A articulação de uma rede intersetorial permite e viabiliza a construção de um projeto terapêutico integrado com outro serviço (VARGAS et al., 2018).

Nesse sentido, de acordo com o estudo de Ferreira et al. (2016), o Consultório na Rua necessita estar vinculado com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no seu território de atuação, visto que a existência de um espaço para essas equipes dentro dos serviços de saúde é preconizada como forma de reverter a exclusão da população em situação de rua. Para o autor, é fundamental a articulação do Consultório na Rua com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), visto que além de garantir um espaço físico nesses serviços, deve também legitimar o acesso das PSRs aos recursos disponíveis no sistema, o que permite ampliar a resolubilidade de algumas ações em saúde e, ainda, reconhecer que a pessoa que vive na rua é um cidadão de direitos, que pode e deve acessar qualquer serviço de saúde (FERREIRA et al., 2016).

A fim de prover um cuidado integral da população em situação de rua, foi identificado que a eCR estudada por Silva et al. (2015), vem buscando cotidianamente mapear e conhecer a rede de proteção social e suas diversas instituições governamentais e não governamentais direcionadas à PSR (SILVA et al., 2015). Para tal, realizam-se visitas às instituições para conhecer o funcionamento e rotinas com intuito de relacionar os serviços mapeados ao perfil e às necessidades dos usuários. Essas ações contribuem para a construção de oferta de serviços mais qualificados pela equipe do CR (SILVA et al., 2015).

O uso das tecnologias pode atuar como facilitador de parcerias intersetoriais, o aplicativo utilizado, chamado “Guia Redes”, no estudo de Veridiano et al. (2017), objetivava o cadastro e envio imediato de demandas entre os serviços correspondentes, o aplicativo foi elaborado pensando na atuação de cada serviço. Dessa forma, ferramentas digitais disponíveis foram criadas para auxiliar na rotina e nas ações das equipes que trabalham diretamente com o usuário, os resultados obtidos com a ferramenta estão relacionados com menores impactos pela burocracia, maior facilidade no trabalho dos

profissionais e na comunicação entre os serviços, além da possibilidade de fazer a análise das demandas e dos resultados por meio de relatórios e gráficos.

O trabalho de Veridiano et al. (2017) estudou a atuação em conjunto do CR com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop). Para o autor, esse elo é considerado inovador, visto que os dois serviços são guiados por políticas públicas diferentes. Nesse contexto, os serviços, a fim de aprimorar o atendimento à população em situação de rua, buscaram formas de atuar em conjunto, por meio de uma agenda unificada de reuniões para discussão de casos e formas de atuação. Notou-se, no estudo, uma dificuldade de comunicação entre as eCRs e o Centro Pop visto que as reuniões eram canceladas sem aviso prévio. No entanto, é necessário considerar que essas políticas públicas desenvolvidas em território brasileiro ainda buscam consolidação, assim como suas instituições.

No estudo de Machado et al. (2017) a articulação com a associação de moradores facilitou o acesso seguro da equipe aos locais onde se concentram os usuários. A aproximação do CR com as associações de moradores deu-se a partir da criação de uma reunião de lideranças comunitárias que congregava representantes de algumas instituições, como o Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (Caps ad) as unidades locais de saúde, serviço de assistência social, companhia de limpeza urbana, subprefeitura, além dos representantes comunitários locais. Nesse sentido, constatou-se que o apoio desses atores pode garantir a segurança da equipe no que tange à violência local oriunda do confronto entre traficantes e policiais.

Constata-se que as demandas de pessoas em situação de rua vão para além do âmbito da saúde, sendo originárias da vulnerabilidade que cotidianamente vivenciam (MACHADO et al., 2017). Acolher e promover a inclusão das pessoas em situação de rua à cidadania, aos serviços de saúde e a outros setores é atributo como dos mais importantes, considerando-se sua extrema vulnerabilidade (ENGSTROM et al., 2016). Nesse sentido, os profissionais de saúde precisavam ser hábeis para ouvir as demandas e atuar sem julgamento e preconceitos, analisando as possibilidades do cuidado nas ofertas da rede de saúde e intersetorial (ENGSTROM et al., 2016).

Redução de danos e inclusão social

O CR foi criado com proposta de cuidado que amplia o acesso e a qualidade da atenção integral a sujeitos marginalizados, dessa forma, o CR oferece não apenas atenção em saúde, mas também garantia de direitos, sendo orientado para buscar alternativas para as diversas problemáticas vivenciadas pelos seus usuários no contexto da rua, buscando o reconhecimento da população em situação de rua como cidadão em ambientes que geralmente são negados (HALLAIS et al., 2015).

No estudo de Engstrom et al. (2016), foi identificado que os objetivos da eCR, em primeiro plano, eram intervir inserindo os usuários do CR na rede de cuidado, para que esses usuários usufruam do direito constitucional à saúde. Na rotina da equipe, eram feitos testes rápidos para gravidez, sífilis, hepatite, HIV, bem coleta de escarro para tuberculose, esses procedimentos eram realizados na rua e na clínica, no momento mais oportuno possível, assim como intervenções rápidas. Na medida em que o vínculo se estabelecia, tornava-se possível planejar projetos terapêuticos, incorporando ações educativas, de promoção da saúde, de apoio e de inclusão social.

A equipe do Consultório na Rua, apresentada por Silva et al. (2015), em suas ações no espaço da rua atuava de forma diversificada, no que tange a Redução de Danos, os profissionais realizavam orientações sobre problemas de saúde, distribuição de insumos de prevenção de Doenças sexualmente transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e explicação da proposta de trabalho da equipe do CR. Ainda, foi observado que dependendo da situação de saúde do usuário atendido, os profissionais o convidavam para ir à clínica para a realização do cuidado necessário.

Similar a isso, a equipe estudada por Machado et al. (2017), fazia entrega de kit de insumos como estratégia de Redução de Danos, visto que esse era um potente meio de produzir acesso ao cuidado em saúde das pessoas em uso prejudicial de drogas, os insumos entregados eram preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau e canudos de silicone para uso para cocaína inalada. Essa iniciativa também visava assegurar a aproximação da equipe com a população.

Embora engajada, tal iniciativa também passou por obstáculos uma vez que em dado momento, os usuários começaram a recusar os insumos. Nesse sentido, os desafios encontrados pela equipe de Machado et al. (2017), convocaram os profissionais a reinventar suas intervenções de Redução de Danos, agregando a distribuição de outros insumos para confecção de materiais artísticos. Nesse sentido, além de aproximar-se dos

usuários, a equipe foi capaz de proporcionar uma experimentação artística como insumo-meio produtor de acesso à cultura e ao serviço de saúde. Para Hallais et al. (2015), a interculturalidade como ação política pode ser associada à estratégia de acolhimento e cuidado, o que permite contribuir para uma mudança estrutural que objetiva superar o distanciamento imposto pela discriminação social, que impede, entre outras coisas, a acessibilidade da população em situação de rua aos serviços do SUS.

O cuidado da população em situação de rua instiga a refletir sobre os vários processos que estão inerentes ao movimento de visibilidade, invisibilidade e hipervisibilidade (HALLAIS et al., 2015). Diante disso, desenvolver estratégias que promovam a inclusão social da PSR e permitam sua livre circulação nas atividades culturais e nos espaços públicos da cidade utilizando articulações intersetoriais transfigura-se um desafio para as equipes (ENGSTROM et al., 2019). Nesse sentido, o CR é considerado um dispositivo da Atenção Primária à Saúde (APS) capaz de desenvolver práticas e ações de Promoção da Saúde (PS) “que compreendam empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade em suas práticas” (ENGSTROM et al., 2016).

CONCLUSÃO

O Consultório na Rua é um serviço com grande potencial para dar visibilidade à população em situação de rua, na busca por garantir o acesso à cidadania e aos direitos constitucionais dessa população, o CR transfigura-se capaz de ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde. Por meio da sua equipe multidisciplinar, o serviço buscou traçar estratégias no campo da Promoção da Saúde, redução de danos e inclusão social. A construção do vínculo da eCR com os usuários é uma das virtudes do CR que possibilita o serviço assegure e promova essas ações.

Este estudo de revisão possibilitou o aprofundamento sobre os principais desafios e barreiras encontrados na prática das eCR como o déficit quanto aos insumos/materiais e local físico exclusivo para o atendimento da eCR. Muitos profissionais dos serviços de saúde da rede de atenção básica e hospitalar apresentam preconceito em relação a PSR, em contrapartida a relação da PSR para com a eCR se mostrou muito eficaz, facilitando o trabalho da equipe e continuidade do cuidado. Para vencer os desafios apresentados, a equipe mostrou-se preparada para buscar e planejar estratégias inovadoras. No entanto,

por ser um serviço relativamente recente, nota-se, que, mediante a resistência dos outros serviços, os recursos financeiros escassos e ao fato das políticas públicas nacionais não estarem totalmente consolidadas, o CR tem dificuldade de consolidar ações intersetoriais eficazes para construção do cuidado integral dessa população

Independentemente da grande relevância da temática, poucos estudos levantam essa questão. Em sua maioria são estudos qualitativos, exploratórios e de pequena abrangência pois evidenciam experiências locais com poucas equipes e serviços. Dessa forma o presente estudo apresenta limitações quanto ao reduzido número de estudos existente na literatura e também por se tratar de uma revisão baseada em achados de outros estudos os resultados e o aprofundamento da discussão podem ser nebulosos. Visto isso, é indicado a execução de estudos futuros como a investigação in loco de equipes do consultório na rua a fim de aperfeiçoar o conhecimento acerca do atendimento prestado pela eCR à PSR.

Apesar das limitações encontradas na literatura, as informações levantadas pelo estudo trazem contribuições de extrema importância para a prática das atuais e futuras eCR, fortalecimento e criação de projetos que visam a atenção integral a PSR, apoio às iniciativas de ampliação e fortalecimento da atenção intersetorial e inserção social da população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições, v. 70, p. 225, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://bit.ly/1eolror>. Acesso em: 10 jun. 2021.

Brasil. Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Diário Oficial da União 2009a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. PEAD 2009-2010. Diário Oficial da União 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à 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, setembro de 2010. Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_rua.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. 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 União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2012.

BRASIL. 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 União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação: Meta Instituto de pesquisa de Opinião. Relatório Final. Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a população em Situação de Rua. 2008b. Disponível em: <http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/2008%20I%20Censo%20e%20Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>. Acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. 2008a. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

ENGSTROM, Elyne Montenegro et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. Saúde em Debate, [S.L.], v.

43, n. 7, p. 50-61, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s704>.

ENGSTROM, Elyne Montenegro et al. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P93ybrPWRqCHtFHh4T7JkxB/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva et al. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFvxKMVvyktRShXZrDHH/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira et al. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00143114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

KAMI, Maria Terumi Maruyama et al. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 442-449, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JVZbjtWTmBXcZfyxDJXys7m/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LIMA, Helizett Santos de et al. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v20i1.24697>. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697/pdf_10. Acesso em: 10 jul. 2021.

MACHADO, Keronlay da Silva et al. Redução de Danos, Insumos e Experiência Estética: Uma Análise da Prática no Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. *Interinstitutional Brazilian Journal Of Occupational Therapy*, Rio de Janeiro, p. 67-83, 2017.

MEDEIROS, Cristiane Reis Soares et al. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 754-768, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170946>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNJjBC5ypbdWxZHzK64dqQh/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SILVA, Carolina Cruz da et al. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 39, n. , p. 246-256, 1 dez. 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005270>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqqKT9JyJgJndzcTcJxRMh/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

TILIO, Rafael de et al. CUIDADOS E ATENÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. *Psicologia em Estudo*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 101, 12 jul. 2016. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.27142>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/27142>. Acesso em: 10 jul. 2021.

VARGAS, Everson Rach et al. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.L.], v. 42, p. 2018. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.170>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386134/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

VERIDIANO, André Leonardo et al. Práticas Intersetoriais na Atenção às Pessoas em Situação de Rua: Uma Atuação entre “Saúde” e “Assistência Social”. *Visão*, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 0-0, 01 dez. 2017.

Recebido em: 01/09/2021

Aprovado em: 25/09/2021

Publicado em: 30/09/2021