

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i53p2490-2505>

## Fragilidades e potencialidades da prática do cuidado na política pública do consultório na rua

Fragilities and potentialities of care practice in public policy on street consulting

Fragilidades y potencialidades de la práctica de cuidado en la política pública de consultoría en la calle

### RESUMO

A pessoa em situação de rua constitui-se um problema de saúde pública no Brasil e com a complexidade dessa assistência, o Consultório na Rua é dispositivo importante no cuidado a essa população. As práticas de cuidado realizadas pelas equipes são pautadas por fragilidades e potencialidades. Objetivo identificar nas produções científicas as fragilidades e potencialidades da prática do cuidado dentro das Políticas públicas do Consultório na Rua. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo, tipo revisão integrativa da literatura, o recorte temporal foi estabelecido entre 2012 a 2019. Após o processo de seleção, os artigos foram analisados através do Método de Laurence Bardin. Identificou-se fragilidades relacionadas ao acesso à rede, falta de recursos materiais e humanos, preconceito e a resistência na assistência a pessoa em situação de rua. Em relação as potencialidades o vínculo, a equipe multidisciplinar e o autocuidado, tendo como o profissional enfermeiro no planejamento das ações. Conclui-se que há a necessidade de educação continuada, desconstrução do imaginário social e disponibilidade de recursos no que concerne as fragilidades. O enfermeiro está inserido nesta política pública como agente motivador e articulador de mudanças.

**DESCRITORES:** Pessoas em Situação de Rua; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

The homeless person is a public health problem in Brazil and with the complexity of this assistance, the Consultório na Rua is an important device in the care of this population. The care practices carried out by the teams are guided by weaknesses and potential. Objective to identify in the scientific productions the weaknesses and potentialities of the practice of care within the Public Policies of the Consultório na Rua. This is a descriptive, exploratory, qualitative study, type of integrative literature review, the time frame was established between 2012 to 2019. After the selection process, the articles were analyzed using the Laurence Bardin Method. Weaknesses related to access to the network, lack of material and human resources, prejudice and resistance in assisting people living on the streets were identified. Regarding the potential, the bond, the multidisciplinary team and self-care, having the nurse as a professional in the planning of actions. We conclude that there is a need for continuing education, deconstruction of the social imaginary and availability of resources about weaknesses. The nurse is inserted in this public policy as a motivating agent and articulator of changes.

**DESCRIPTORS:** Homeless People; Nursing; Primary Health Care.

### RESUMEN

La gente en las calles es un problema de salud pública en Brasil y con la complejidad de esta asistencia, el oficina de la calle es un dispositivo importante en el cuidado de esta población. Las prácticas de atención realizadas por los equipos están guiadas por debilidades y potencial. Objetivo identificar en las producciones científicas las debilidades y potencialidades de la práctica asistencial dentro de las Políticas Públicas del oficina de la calle. Esta es una revisión de literatura descriptiva, exploratoria, cualitativa e integradora, el marco de tiempo se estableció entre 2012 y 2019. Después del proceso de selección, los artículos se analizaron utilizando el Método Laurence Bardin. Se identificaron debilidades relacionadas con el acceso a la red, falta de recursos materiales y humanos, prejuicios y resistencia para ayudar a las personas que viven en las calles. Respecto a las potencialidades del vínculo, el equipo multidisciplinario y el autocuidado, contando con la enfermera como profesional en la planificación de acciones. Se concluye que existe una necesidad de educación continua, desconstrucción del imaginario social y disponibilidad de recursos con respecto a las debilidades. La enfermera se inserta en esta política pública como agente motivador y articulador de cambios.

**DESCRIPTORES:** Personas Sin Hogar; Enfermería; Atención Primaria de Salud.

RECEBIDO EM: 27/01/2020 APROVADO EM: 27/01/2020



**Maria Regina Bernardo da Silva**

Enfermeira, Mestre em Saúde da Família, Docente da Universidade Castelo Branco e UNICBE. <https://orcid.org/0000-0002-3620-3091>

**Claudia da Silva de Medeiros**Enfermeira, Mestre em Saúde da Família e Docente da Universidade Castelo Branco. <https://orcid.org/0000-0003-0471-0731>**Amanda de Oliveira Corrêa**Enfermeira da Universidade Castelo Branco. <https://orcid.org/0000-0002-6303-8853>**Cintia Ofredi Martins**Enfermeira da Universidade Castelo Branco. <https://orcid.org/0000-0003-3737-1510>**Jessica de Oliveira Corrêa**Enfermeira da Universidade Castelo Branco. <https://orcid.org/0000-0002-4808-5643>**Rayane Barboza de Oliveira**Enfermeira da Universidade Castelo Branco Pós-graduanda Estratégia da Saúde da Família da UCB. <https://orcid.org/0000-0001-7415-289X>**INTRODUÇÃO**

Com o desenvolvimento do capitalismo e o avanço tecnológico, experimentamos as consequências negativas geradas pela globalização, dentre elas estão a reprodução de desigualdades e exclusões sociais<sup>(1)</sup>. E o contexto da população em situação de rua é antigo e iniciou com o surgimento das sociedades pré-industriais da Europa.

No processo de criação das condições necessárias à população capitalista. No contexto da chamada acumulação primitiva, os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras e nem todos foram absorvidos pela indústria nascente. Isso fez com que a maioria desses camponeses vivenciasse a amarga experiência de perambular pelas ruas exposta à violência da sociedade opressora, que acabara de nascer. Assim surgiu o pauperismo que se generalizou pela Europa Ocidental, ao final do século XVIII, e forjou o fenômeno população em situação de rua<sup>(2)</sup>.

No Brasil, esse fenômeno teve início após a abolição da escravidão dos negros. Onde após a conclusão desse merecido processo, a maioria desta população foi abandonada, sem possibilidades de moradia, trabalho e alimentação, grande parte dessas pessoas começou a ocupar os espaços de rua<sup>(3)</sup>. Os conceitos de desigualdade e exclusão sociais se complementam; a desigualdade social se revela em como é feita a distribuição de riquezas em um determinado contexto histórico-social e a pos-

sibilidade de identificar os valores sociais que orientam essa distribuição; a exclusão social diz respeito a colocar à margem um determinado grupo social e a dificuldade de reconhecer no outro direitos que lhes são próprios<sup>(4-5)</sup>.

As transformações geradas pelo processo de globalização têm produzido diferentes grupos mais ou menos marginalizados, dentre eles está o fenômeno social de Pessoas em Situação de Rua - PSR<sup>(6)</sup>. Na década de 90, a quantidade de pessoas nos centros das grandes metrópoles brasileiras teve aumento considerável, porém apenas em 2008 o Governo Federal expôs um documento de diretrizes da Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNPR), com o objetivo final de orientar para construção e execução de Políticas Públicas<sup>(7)</sup>.

Em conformidade ao objetivo proposto, foi estipulado via Decreto n.º 7.053/2009, ao Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Ciamp-Rua), em conjunto com a Política Nacional para a PSR, requereu ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que incluísse a população de rua no Censo de 2020<sup>(8)</sup>.

De acordo com este decreto, que estabelece em seu Art. 1º parágrafo único, considera a pessoa em situação de rua: grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional re-

gular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória<sup>(9)</sup>.

Ainda a partir deste decreto, a Coordenadoria de Integração Monitoramento (CIM), da Subsecretaria de Integração e Promoção da Cidadania (SUBIPC), em parceria com o Instituto Pereira Passos (IPP), realizou em 23 de janeiro de 2018 o levantamento da PSR do Rio de Janeiro, onde foram contabilizadas 4.628 pessoas nesta situação<sup>(10)</sup>. E a partir do contexto apresentado da PSR, surgiram dificuldades relacionadas ao cuidado e acolhimento por parte do modelo seguido pela Atenção Básica (AB) de saúde no Brasil, tendo em vista que as organizações de trabalho dessas equipes eram pautadas a partir de domicílio fixo, onde não se pensava na dinâmica dos sujeitos que tinham as ruas como lar<sup>(11)</sup>.

Mas os dilemas que envolvem o processo de trabalho na AB, como exigência de documentos para o atendimento, limites de atuação intersetorial e restrição no atendimento de demanda espontânea, criam obstáculos ao processo de assistência à PSR e, principalmente, não estabelecem vínculo<sup>(12)</sup>. Em 1997 em Salvador/Bahia, o coordenador do Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas- CETAD/UFBA identificou que os usuários de Substâncias Psicoativas (SPA) eram jovens e que não davam continuidade ao

tratamento, e poucos chegavam ao CETAD(13). O CETAD criou em 1999 o primeiro Consultório de Rua (CR).

Em 2009, o CR foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS - PEA<sup>(14)</sup>. O Consultório de Rua estava sob a Coordenação de Saúde Mental, com o objetivo de prestar assistência à População Situação de Rua com transtornos mentais<sup>(15)</sup>. No centro da cidade do Rio de Janeiro, em setembro de 2010, foi criado o projeto “Saúde em Movimento nas Ruas”, também denominado ESF POP RUA, que serviu como base de construção da proposta das equipes de Consultório na Rua. O morar nas ruas está diretamente correlacionado às vulnerabilidades em saúde, sociais e legais.

E a privação de acesso aos serviços e promoção à saúde potencializam os riscos de múltiplas comorbidades clínicas<sup>(16)</sup>. Sob este aspecto, em 2011, o CR foi vinculado à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mudando sua nomenclatura para Consultório na Rua (CnaR). As mudanças vão muito além da nomenclatura; a atenção básica com seu olhar integral e inclusivo, e a congruência da atenção psicossocial com a sua proposta de trabalhar a Redução de Danos (RD), estabelece um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade<sup>(17)</sup>.

As Equipes Multiprofissionais dos Consultórios na Rua são caracterizadas em três modalidades de atenção, onde de acordo com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), poderão compor as equipes de Consultório na Rua as seguintes profissões: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal, com carga horária de 40h semanais<sup>(17,18)</sup>.

A responsabilidade, enquanto profissionais e pesquisadoras acadêmicas, é contribuir com a disseminação desta Política Pública, seja instrumento para estudantes e profissionais aperfeiçoarem os seus saberes com os dados discutidos. E a questão que norteia o estudo: Quais são as fragili-

dades e potencialidades da prática do cuidado na Política do Consultório na Rua, segundo as produções científicas? Sendo assim, o presente estudo tem como principal objetivo identificar nas produções científicas as fragilidades e potencialidades da prática do cuidado na Política do Consultório na Rua. Para contribuir com o propósito da pesquisa, foi traçado o seguinte objetivo específico, relacionar as estratégias do cuidado de enfermagem na política do Consultório na Rua.

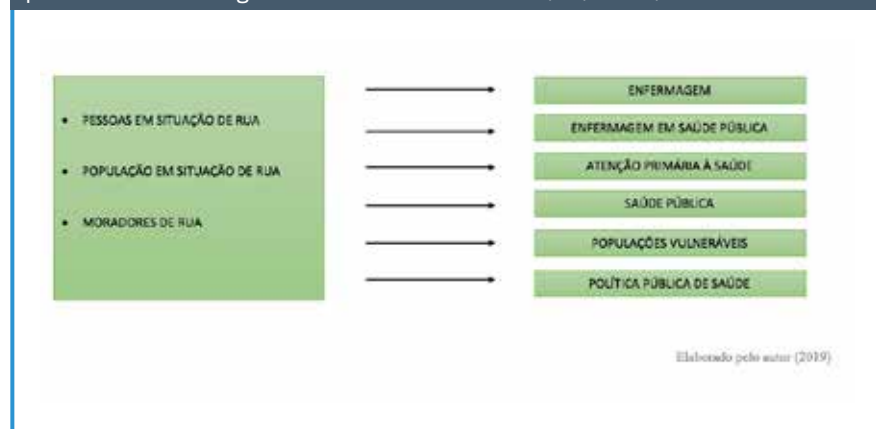
## METODOLOGIA

Este estudo foi classificado com base em seus procedimentos técnicos e adotou a abordagem qualitativa, uma vez que ela se ocupa, na Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposto e interpretado, em primeira instância, pelos próprios pesquisadores<sup>(19)</sup>. As pesquisas qualitativas surgiram com o objetivo de dar conta do lado não perceptível e não captável apenas por equações e estatísticas, que a fundamentação apenas na matemática, não é suficiente para a formação do sujeito social, que se relaciona com os outros e com o mundo<sup>(20)</sup>. O estudo está caracterizado como de caráter exploratório, conforme seus objetivos; define-se como um estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor ade-

quar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer<sup>(21)</sup>. E através da revisão integrativa da literatura possui uma abordagem metodológica ampla, com ela consegue-se incluir estudos experimentais e não-experimentais, reunindo a incorporação de diversos propósitos de um referenciado tema<sup>(22)</sup>. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados dos sites de busca científica: SciELO (Scientific Electronic Library Online); BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); Periódicos Capes. Para realização do levantamento bibliográfico nas bases de dados, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Pessoas em Situação de Rua”; “Enfermagem”; “Atenção Primária à Saúde”; “Enfermagem em Saúde Pública”; “Populações Vulneráveis”; “Políticas Públicas de Saúde” e “Saúde Pública”. Para ampliar a pesquisa, incluímos dois sinônimos em português de “Pessoas em Situação de Rua”: “População em Situação de Rua” e “Moradores de Rua”. Para todos os descritores e sinônimos supracitados, foram utilizadas as combinações descritas na Figura 1, com o auxílio do operador booleano: “AND”.

A busca pelos artigos foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2019. Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo foram: artigos disponíveis, com textos na íntegra, idioma em português, artigos que retratassem a temática

Figura 1. Ilustração da combinação de descritores e do operador booleano AND para a busca de artigos científicos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.



e com período a partir de 2012, ano em que o PNAB vinculou o CnaR como estratégia. Quanto aos critérios de exclusão estabelecidos, foram: artigos que não se apresentaram na íntegra, em outros idiomas, fora do período estabelecido e artigos

que não apresentavam a temática referente ao tema.

Em acordo com os critérios de inclusão, foi estabelecido que apenas as produções científicas com no mínimo um enfermeiro entre os entrevistados e/ou um enfermeiro

como um dos pesquisadores, foram selecionadas para compor este estudo. A utilização deste critério tem como objetivo principal expor a visão e contribuição do enfermeiro nas produções científicas sobre o tema.

Após a pré-seleção foi realizada leitura detalhada dos estudos, onde permaneceram apenas as produções que apresentaram a temática. A apresentação do processo de seleção dos estudos em forma numérica, está exposta através do fluxograma na Figura 2.

Terminado o processo de seleção, e com o objetivo de sumarizar e organizar os artigos selecionados, foi confeccionado um quadro (Figura 3), com a finalidade de analisar as características dos estudos selecionados.

Para analisar os dados dos estudos selecionados, foi aplicado o referencial metodológico de Análise de Conteúdo (AC), de Laurence Bardin, que é definida por um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens<sup>(23)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características das produções, 06 estudos realizaram pesquisa de campo, 05 utilizaram o relato de experiência, 01 pesquisa como estudo de caso e 02 utilizaram a revisão integrativa da literatura.

Aponta-se de acordo com este critério presença do enfermeiro que, 05 (35,71%) estudos possuem pesquisadores enfermeiros e entrevistados enfermeiros no mesmo estudo, 04 (28,57%) pesquisas como o enfermeiro o entrevistado e 05 (35,71%) publicações apresentam o enfermeiro como pesquisador.

Nesta perspectiva, ressalta-se pouca produção científica realizada sobre o tema e, principalmente, a dificuldade em encontrar produções realizadas por enfermeiro. Salienta-se sobre a necessidade

Figura 2. Fluxograma do quantitativo inicial de artigos encontrados nas bases de dados científicas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

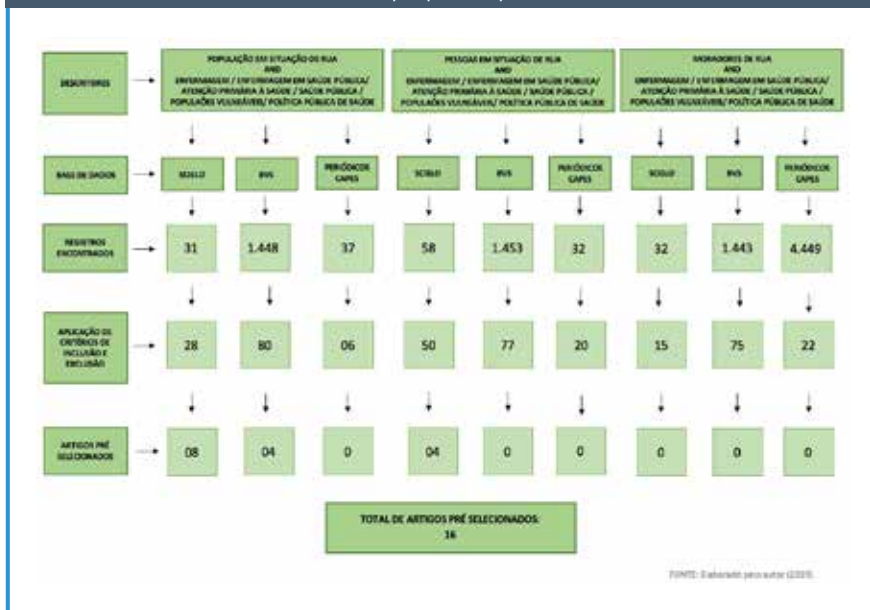


Figura 3. Características dos artigos selecionados para compor os objetivos da presente pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Nº DE ARTIGOS	BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTOR / ANO	REVISTA	MÉTODO
1	SCIELO	O VIVIR NA RUA: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE CUIDADOS A MORADORES DE RUA	KOPROWSKI et al. 2018	REBEH	QUALITATIVA - REVISÃO DE LITERATURA
2	SCIELO	CONSULTÓRIO NA RUA: AS PRÁTICAS DE CUIDADO COM USUÁRIO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS EM MAGANHÉ	INTENDOURI et al. 2018	EEAN	QUALITATIVO - PESQUISA DE CAMPO
3	SCIELO	A IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NA PERSPECTIVA DO CIDADÃO EM SAÚDE	HERNANDES et al. 2018	REBEH	RELATO DE EXPERIÊNCIA
4	SCIELO	SABERES ECOLÓGICOS E INSTRUMENTAIS NO PROCESSO DE TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA	XAVI et al. 2016	REUSP	QUALITATIVA E EXPLORATÓRIA
5	SCIELO	CONSULTÓRIO NA RUA: VISIBILIDADES, INVISIBILIDADES E HIPERVISIBILIDADE	HALLAIS, BARROS. 2019	CADERNO SAÚDE PÚBLICA	OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA E ANÁLISE INTERSECTORAL
6	IVJ	DETERMINANTES SOCIAIS, EQUIDADE E CONSULTÓRIO NA RUA	PINTO et al. 2018	REUOL	QUALITATIVA - RELATO DE EXPERIÊNCIA
7	SCIELO	EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO DA PESSOA COM TUBERCULOSE EM SITUAÇÃO DE RUA	AL FORNI et al. 2018	REUSP	QUALITATIVA - EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA
8	SCIELO	PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA SOB O CILAR DA SAÚDE	FINO, SANTOS, ROSA. 2017	REBEH	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA
9	SCIELO	O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ÓRGA DE PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA	LEMO et al. 2018	RLAE	QUALITATIVA, EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA
10	SCIELO	PRÁTICA DE CUIDADO E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O CASO DO CONSULTÓRIO NA RUA	SILVA, CRUZ, VARGAS. 2018	SUJEITO DEBATE	QUALITATIVA - ESTUDO DE CASO
11	IVJ	PRÁTICA DE SAÚDE DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS DE RUA	DE VAS, FRAZÃO, LINHARES. 2014	CADERNO SAÚDE PÚBLICA	QUALITATIVA, EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA
12	SCIELO	EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA DE MAGANHÉ, RIO DE JANEIRO, BRASIL. PRÁTICAS DE CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM TERRITÓRIO VULNERÁVEL	EMERSON, TUBERNA. 2010	Ciência & Saúde Coletiva	QUALITATIVA - RELATO DE EXPERIÊNCIA
13	SCIELO	TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA: USO DE SOFTWARE PARA REGISTRO NO APOIO À PESQUISA QUALITATIVA	XAVI et al. 2016	EEAN	QUALITATIVA - PESQUISA DE CAMPO
14	SCIELO	MISSÃO E EFETIVIDADE DOS CONSULTÓRIOS NA RUA: UMA EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	SIMÕES, COELHO. 2017	SUJEITO DEBATE	RELATO DE EXPERIÊNCIA



de aumentar as pesquisas com foco nesses sujeitos, objetivando a disseminação da política, como meio de exploração para novas políticas públicas, e que o profissional enfermeiro esteja inserido e seja agente motivador nessa conquista. Após leitura e análise crítica dos resultados e discussões dos estudos que compõe esta pesquisa, foram identificadas três categorias para realização da discussão.

### Fragilidades do cuidado: uma prática em construção

A construção desta categoria, foi norteada pelos princípios do SUS: Universalização, Equidade e Integralidade, onde se identificaram as fragilidades mais persistentes. A universalização nos traz a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, assim como o acesso às ações e serviços, e cabe ao Estado garantir este direito. O conceito de equidade está ligado ao da universalidade, onde diz respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada pessoa ou grupo social; considera também os impactos na saúde das diferentes formas de preconceito.

Pessoas em Situação de Rua para acessar os serviços disponíveis no SUS enfrentam diversas barreiras. O cuidado a esta população é caracterizado por inúmeros desafios, onde alguns destes impedem ou retardam o acesso desses usuários. Dentre essas barreiras/desafios, destacam-se: o preconceito, a discriminação, ausência de documentos necessários para identificação, dificuldades em relação aos processos de trabalho das equipes, a falta de preparo das equipes na prática do cuidado a esses sujeitos, acesso a rede de saúde e ausência de recursos<sup>(24-26)</sup>.

Indo contra os princípios do SUS, o preconceito mostra-se como uma barreira de inclusão. Para este, encontram-se quatro vertentes: das equipes de saúde às pessoas em situação de rua, das equipes dos diversos equipamentos de saúde às equipes de Consultório na Rua, da população em geral para a PSR e da população em geral à esta prática de saúde realizadas pelas equipes<sup>(25)</sup>.

Detalhando a primeira vertente denominada acima, o preconceito das equipes mostra-se como uma barreira que acaba interferindo e/ou preconceitando os atendimentos. O de saúde refere-se à construção de olhares higienistas por parte dos profissionais em relação à PSR, e denunciam o preconceito como: "o trabalho é um investimento perdido", "é secar gelo", "o que fazem não vão chegar a lugar algum" e que "é um trabalho frustrante"<sup>(25-28)</sup>.

O estigma criado pelo imaginário social e que permeia as equipes de saúde foram/são construídos a partir do olhar preconceituoso e discriminatório dispensado à PSR. A presença da prostituição, do uso de drogas e álcool no contexto da PSR é vista pelos profissionais como uma falha de caráter, e não como um problema de saúde e social, responsabilizando assim essa população pela sua atual situação<sup>(29)</sup>.

Atendendo à segunda vertente, a própria equipe é alvo de preconceito por trabalhar com este grupo social. O preconceito identificado por parte da população é tanto com a PSR quanto com as equipes de Consultório na Rua<sup>(30,31)</sup>.

A integralidade, um dos princípios do SUS, diz respeito à articulação da saúde e intersetorial e a integração de ações em saúde, e foi apontada nos estudos como uma fragilidade no cuidado à PSR<sup>(24,32)</sup>. O acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi apontada como uma fragilidade. Em relação aos equipamentos que são disponibilizados nos territórios para operacionalização dessas conexões, a frágil integração dos setores e serviços e a dificuldade do usuário em acessar quando não está acompanhado de um membro das equipes de Consultório de Rua<sup>(25,30,33,34)</sup>.

Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad), foi mencionada a falta desse dispositivo em algumas áreas de abrangência das equipes de Consultório de Rua, dificultando o acesso da PSR a esse equipamento. Com relação à ineficiência do acolhimento, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi referenciado como uma das barreiras de acesso<sup>(25,28)</sup>.

A Atenção Básica (AB) foi um interseção mencionado em relação às dificuldades de trabalho e, conseqüentemente, de acesso. Referenciando que mesmo o Consultório na Rua sendo um dispositivo de saúde da AB, o trabalho em equipe não é construído. Outro acesso relatado como ineficiente é o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que traz como complicador desse acesso a falta de habilidade e preparo em assistir a PSR<sup>(27,28,32)</sup>. Foram citadas em relação às diferenças de atendimento realizadas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma UBS convencional, essas dificuldades tornavam-se mais efetivas na UBS convencional<sup>(29)</sup>.

O déficit estrutural foi apontado como uma fragilidade no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Outro ponto ressaltado neste estudo foi a quantidade insuficiente de profissionais, uma vez que muitos usuários não aceitam ir até as UBS para realização do atendimento, em consequência de atendimentos anteriores infelizes<sup>(27)</sup>.

A não disponibilidade de equipamentos eletrônicos portáteis, como tablets e/ou notebooks, caracteriza-se como um dificultador para registros das atividades. Discorre também sobre a infraestrutura das Unidades de Saúde, onde faltam salas e computadores para os atendimentos<sup>(29)</sup>.

Alguns estudos evidenciaram as fragilidades relacionadas à vulnerabilidade da própria PSR, evidenciando desafios para a equipe ao colocar a prática do cuidado em ação. Constatou-se a dificuldade das equipes de Consultório de Rua em manter a adesão da PSR aos tratamentos propostos. Um dos motivos relatados é o constante deslocamento da PSR, em decorrência de conflitos entre grupos e/ou não se manter muito tempo em um mesmo local para não aderir ao tratamento<sup>(26)</sup>. Identificou-se que a falta de estrutura familiar, de escolaridade, de ocupação e as vulnerabilidades associadas ao consumo de crack, afetam sua autoestima e precariza seu autocuidado, com isso complexificam a adesão ao tratamento<sup>(27,32)</sup>.

Sobre a adesão ao tratamento da tuberculose, ressaltam-se às condições de vida

desses sujeitos, que estão inteiramente relacionadas ao controle desta doença. As desigualdades sociais constantes e a falta de interesse em cuidar da saúde, visto que, ao estar ciente do seu diagnóstico, respondem com negação ou com um tanto faz sobre o cuidado, resulta de um controle ineficaz e um desafio para equipe<sup>(25,26)</sup>.

No que se refere às fragilidades encontradas nas equipes de Consultório na Rua e nos demais profissionais de saúde que atuam junto a PSR, está a qualificação defasada. Os profissionais são pouco preparados para lidarem com os pontos negativos que serão descobertos ao longo da assistência à PSR. Não possuem treinamento ou até mesmo não são encorajados a buscarem uma especialização que contribua para a promoção de um olhar diversificado à essa população<sup>(29)</sup>. Aponta-se sobre a desqualificação, inépcia e a inabilidade dos profissionais em exercer uma escuta sensível e qualificada, onde se acolham as demandas e necessidades desta população<sup>(25)</sup>.

### Potencialidades da Prática do Cuidado: exaltação de uma estratégia humanizada

A prática do cuidado é caracterizada por diversos processos, alguns desses processos são potencializadores para o início, meio e fim da assistência prestada a esses sujeitos. Alguns deles se mostram como de suma importância para a exaltação dessa estratégia, como o reconhecimento dos campos de atuação, as diversas formas de abordagem, o vínculo construído, as equipes multiprofissionais, a comunicação efetiva e a prática do cuidado emancipador.

A abertura de campo é uma das principais estratégias de identificação, e tem como objetivo central a de conhecer esses territórios, observar as narrativas de vidas e entender a dinâmica de cuidado que será colocada em prática. Esses objetivos têm como propósito a desconstrução de olhares preconceituosos que possam se fazer presentes durante o decorrer da assistência<sup>(24,35)</sup>. As abordagens são realizadas in loco, com o objetivo de visar e validar o reconhecimento do local, e visualização das características ambientais, sanitárias e

sociais. A dinâmica de abordagem é realizada com a apresentação da equipe e das possibilidades de cuidado, e é executada por mais de um membro do Consultório na Rua<sup>(24,33)</sup>.

As formas de abordagem são definidas pelas equipes de Consultório de Rua após o reconhecimento supracitado, devem ser realizadas por mais de um membro das equipes de Consultório de Rua e ter ao menos um profissional de nível superior no acompanhamento. Para realização desse processo, as equipes de Consultório de Rua identificam os riscos e vulnerabilidades as quais a PSR está exposta, e a partir deste primeiro contato é oferecido aos usuários a realização de um atendimento clínico imediato (analgésico e curativo), testes rápidos (gravidez, sífilis, hepatite, HIV), e coleta de escarro para tuberculose. Estabelecido esse primeiro contato, as equipes de Consultório de Rua partem para a construção do vínculo<sup>(33)</sup>.

As estratégias de cuidado realizadas pelo Consultório na Rua são pautadas por diversos processos, um desses processos é a construção e manutenção do vínculo. O vínculo corresponde a uma das potencialidades do Consultório na Rua, e suas ações estão relacionadas a uma abordagem humanizada, em que se pratica o acolhimento, o diálogo e a escuta qualificada<sup>(27,34,36)</sup>.

A partir da escuta e do diálogo entre a PSR e as equipes de Consultório de Rua, entende-se a perspectiva do cuidado integral, ao qual esse usuário será inserido. Identifica-se o vínculo como meio facilitador que, quando construído, potencializa os cuidados realizados pelas equipes de Consultório Rua<sup>(25,27,36)</sup>.

Com a finalidade de estreitar confiança, é necessário que as equipes de Consultório de Rua esclareçam à PSR que, esses profissionais estão naquele local com intuito de prover cuidado, e não com a finalidade de remoções para abrigos, uma vez que a PSR já vivenciou abordagens para remoções compulsórias<sup>(36)</sup>. Evidenciando as necessidades para o cuidado, as equipes de Consultório de Rua apresentam os direitos da PSR dentro dos serviços de saúde, mantendo o respeito diante das

decisões e prevalecendo a autonomia para cada escolha<sup>(25)</sup>.

Os Consultório na Rua são constituídos por equipes multidisciplinares, isso representa um elemento potencializador para a construção do cuidado, onde conseguem-se olhares diferenciados e saberes plurais com o propósito de prestar um cuidado integral, acrescido a isso, as estratégias que são construídas pelas equipes de Consultório de Rua precisam estar voltadas para a realidade da PSR. Com isso, os trabalhadores que exercem práticas de coletivo se tornam mais efetivos, em relação ao modelo médico-hegemônico, ao qual as equipes de Consultório na Rua tentam se distanciar<sup>(29,33,35,37)</sup>.

O trabalho realizado pelas equipes de Consultório na Rua é considerado uma das potencialidades do Consultório na Rua, configurado entre a articulação e os cuidados prestados, as equipes realizam reuniões semanais, com o intuito de discussão dos casos, ações e intervenções a serem realizadas, reforçando a promoção da gestão coletiva e educação permanente da equipe. Esse processo de trabalho está relacionado ao compartilhamento de responsabilidades em relação ao cuidado à PSR<sup>(25,26,33,37)</sup>. Uma das estratégias da prática do cuidado das equipes de Consultório na Rua são as ações noturnas realizadas com o objetivo de alcançar os usuários que não conseguiram acesso no período diurno<sup>(27)</sup>.

Algumas práticas são realizadas nos espaços de rua, como distribuição de insumos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids, orientações sobre problemas de saúde, práticas sobre o autocuidado (higiene e alimentação), informações sobre os agravos recorrentes da tuberculose e o uso de drogas, uso de preservativo, mensuração de glicemia capilar, pré-natais e consultas de enfermagem, psicologia, médica e de serviço social<sup>(28,33,35,36)</sup>.

Acrescido a isso, quando o cuidado não pode ser prestado nos espaços de rua ou quando é necessária uma assistência mais elaborada, a articulação entre as redes é referenciada como fundamental. Em alguns casos, essa articulação acontece através do

conhecimento e da comunicação entre os profissionais. Em outros, a articulação acontece através dos equipamentos de saúde, como: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF<sup>(24,27)</sup>.

O Consultório na Rua divide espaço com as equipes de saúde da família na UBS, nesse local o atendimento pode ser agendado ou de demanda espontânea, tendo profissionais disponíveis para o acolhimento e atendimento. Ressalta-se a disponibilidade de prontuário eletrônico para os registros das equipes de Consultório na Rua, gerando assim um número de Cartão SUS para o usuário, objetivando o melhor acesso da PSR à rede<sup>(33)</sup>.

Essas articulações acontecem em parcerias entre os serviços públicos, escolas de saúde e os abrigos, potencializando a articulação no cuidado ampliado e entre os profissionais. Constata-se que essas parcerias devem ser incentivadas e consolidadas pelas equipes<sup>(34,36)</sup>.

Em relação aos incentivos que são dispensados à PSR para a adesão ao tratamento, o Consultório na Rua promove a doação de cestas básicas, vale-transporte e algumas UBS oferecem o banho. Mesmo as cestas básicas não sendo apropriadas perante as condições apresentadas pela PSR, a doação provoca um bem-estar e possibilita que o usuário utilize como meio de troca para sustentar suas necessidades<sup>(26)</sup>.

## Estratégias de cuidado de Enfermeiro: o olhar holístico à pessoa em situação de rua

A atuação do enfermeiro pode ser identificada nas relações sociais, pois esse profissional consegue transitar por diferentes espaços de cuidado. Essa atuação

é observada nas questões em que o enfermeiro propõe acordos com os outros equipamentos de saúde para o melhor acesso da PSR à rede<sup>(30)</sup>. A escuta qualificada do enfermeiro é uma estratégia de cuidado desses profissionais. Os discursos da PSR são construídos por histórias de violência, rompimentos familiares, fome e histórico de doenças; nesse sentido, a escuta sensível e o olhar biopsicossocial do enfermeiro garantem um acolhimento diferenciado<sup>(30)</sup>.

Ressalta-se, diante dos mais variados agravos, o desafio do enfermeiro na assistência ao usuário no uso e abuso de álcool e outras drogas. Identifica-se a assistência do enfermeiro nas atribuições relativas à realização de curativos e dos testes rápidos, na promoção da saúde e no cuidado com a higiene e alimentação. E o enfermeiro é um profissional agregador que trabalha em equipe multiprofissional.

## CONCLUSÃO

O cuidado à PSR é marcado por diversos desafios que comprometem a prática do cuidado, e essas fragilidades encontradas transitam pelos princípios do SUS. Entre esses desafios estão: o acesso à rede, o déficit estrutural, o preconceito, qualificação defasada, a dificuldade de adesão ao tratamento e a desconstrução do imaginário social. Aponta-se as potencialidades identificadas na prática do cuidado à PSR, que constroem dentro desta política um fortalecimento de assistência integral e humanizada. Revela-se entre as mais citadas o conhecimento dos campos de atuação, as categorias de abordagens, construção do vínculo, as equipes multidisciplinares, a comunicação efetiva e o autocuidado.

Ressalta-se a importância do comba-

te ao preconceito e da desconstrução do imaginário social das equipes, sejam elas do Consultório na Rua ou de outros equipamentos de saúde. Que esse combate seja realizado com capacitações, treinamentos, especializações e, principalmente, a construção de um olhar holístico e humanizado em relação à essa população. E os recursos de materiais e humanos, não só no Consultório na Rua, mas também na rede de apoio, deve ter investimento. Considera-se também maiores investimentos e disponibilidade na construção de um método de adesão aos tratamentos propostos. A soma desses fatores sobre as fragilidades vai de encontro com as potencialidades desenvolvidas pelo Consultório na Rua. E o conhecimento do local onde vai se trabalhar, essa questão favorece ponto positivo na diminuição de abordagem ineficaz. O cuidado emancipador colocado de forma que esses sujeitos entendam e construam possibilidades de autocuidado, e que compreendam que esse autocuidado pode e deve ser realizado por eles.

Não obstante, ressaltou-se as formas de cuidado realizadas pelo enfermeiro, trazendo este profissional como articulador de uma assistência pautada em um acolhimento diferenciado, uma escuta associada a um olhar biopsicossocial, a autonomia deste profissional diante dos protocolos estabelecidos, o profissional de escolha nos planejamentos e execuções de ações da equipe e, principalmente, agente motivador de mudança na desconstrução do imaginário social, que possamos construir olhares e ações de inclusão e que esta pesquisa seja instrumento de informação para acadêmicos e profissionais das diversas esferas de saúde discutirem e repensarem os seus saberes. ■

## REFERÊNCIAS

1. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016; 21(8):2595-2606.
2. Nascimento L. Moradores em situação de Rua Um estudo sobre os fatores que contribui para viver nas Ruas. [S.l.]. 2017; P:10
3. Pacheco J. População em Situação de Rua tem sede de que? Relato de experiência na Rua da Cidade de Joinville. [dissertação] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Florianópolis, 2015, p.25-239
4. Nascimento EP. Hipóteses Sobre a Nova Exclusão Social: dos exclu-

## REFERÊNCIAS

- idos necessários aos excluídos desnecessários. *Cad. CRH*. 1994 jul./dez.; 21:29-47.
5. Escorel S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. 275 p.
6. Barata RB, Junior NC, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saude soc.* [online]. 2015; 24(suppl.1):219-232.
7. Serafino I, Luz LCX. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. *Rev. Katál*. 2015 jan./jun.; 18(1):74-85.
8. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014; 18(49):251-260.
9. Ministério da Saúde (BR). Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009 Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União. Brasília (DF): Ministério da Saúde*, 2009.
10. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. SMASDH. Instituto Pereira Passos. IPP. *Somos todos Cariocas. Levantamento da população em situação de rua na Cidade do Rio de Janeiro*, 2018. P.6.
11. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2018 out; 42(23).
12. Junior NC, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saude soc.* [online]. 2010; 19(3):709-716.
13. Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Sau. & Transf. Soc.* 2012; 3(1):39-48.
14. Junior WI, Braido L, Martins M. Consultório de rua como uma prática de intervenção para usuários de álcool e outras drogas. VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesuma, Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil, 2013.
15. Santana C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cad. Saúde Pública*. 2014 ago; 30(8):1798-1800.
16. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, Dalbosco C, Pechansky F, Kessler F, Diemen LV. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(6):e00037517.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. 98 p.12: il.
18. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua-Consultório na Rua: barreiras e facilitadores. *Saúde Soc.* 2018; 27(3):754-768.
19. Minayo MCS. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 2009.
20. Devecchi CPV, Trevisan AL. Sobre a proximidade do senso comum das pesquisas qualitativas em educação: positividade ou simples decadência?. *Revista Brasileira de Educação*. 2010 jan./abr.; 15(43).
21. Piovesan A, Temporini ED. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo de saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(4).
22. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(Pt 1):102-6.
23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PT): Ed. Edições 70; 1977.
24. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*. 2014 abr; 30(4):805-814.
25. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(supl 1):732-40.
26. Hino P, Monroe AA, Takahashi RF, Souza KMJ, Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2018; 26:e3095.
27. Bittencourt MN, Pantoja PVN, Júnior PCBS, Pena JLC, Moreira RP. Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá. *Esc. Anna Nery*. 2019; 23(1).
28. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Saúde Debate*. 2015 dez; 39(Esp):246-256. 2015
29. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2016; 50(3):442-449.
30. Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, Fernandes VMB, Heideman ITSB. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. *Rev. enferm. UFPE online*. 2018 dez; 12(12):3513-20.
31. Alecrim TFAA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(5):809-816.
32. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate*. 2017 set; 41(114):963-975.
33. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(6):1839-1848.
34. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(1):220-9.
35. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015 jul; 31(7):1497-1504.
36. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralick GBF. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 7:3010-15.