**O impacto dos consultórios na rua frente à população em situação de rua: uma
revisão de literatura**

**The impact of consultants on the street front of the street situation: a literature
review**

DOI: 10.46919/archv1n6-014

Recebimento dos originais: 01/09/2020
Aceitação para publicação: 30/10/2020

Giovana Boldorini

Graduanda em enfermagem- Faculdade de Americana (FAM), Americana, SP, Brasil
Rua Roviglio Bertini, 640 - São Vito, Americana -SP, 13472090.
E-mail - gb1256@hotmail.com

Grace Pfaffenbach

Enfermeira, Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP.
Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Americana (FAM), Americana, SP, Brasil.
Endereço: Av. Joaquim Bôer, 733 - Jardim Luciane, Americana - SP, 13477-360
E-mail – gracepfaffenbach@fam.edu.br

Cristiane Pereira de Castro

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Docente
do curso de enfermagem da Faculdade de Americana (FAM), Americana, SP, Brasil.
Endereço: Av. Joaquim Bôer, 733 - Jardim Luciane, Americana - SP, 13477-360
E-mail – crispcastro@fam.br

Sarah Russo Calil

Enfermeira, especialista em Enfermagem Dermatológica pela Uniararas. Docente do curso de
enfermagem da Faculdade de Americana (FAM), Americana, SP, Brasil.
Endereço: Av. Joaquim Bôer, 733 - Jardim Luciane, Americana - SP, 13477-360
E-mail – sarahcalil@fam.edu.br

Aline Bedin Zanatta

Enfermeira, Doutora em Saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Docente
do curso de enfermagem da Faculdade de Americana (FAM), Americana, SP, Brasil.
Endereço: Av. Joaquim Bôer, 733 - Jardim Luciane, Americana - SP, 13477-360
E-mail - alinezanatta@fam.edu.br

RESUMO

Objetivos: Realizar um levantamento de estudos nacionais sobre o impacto dos consultórios na rua frente à população em situação de rua. **Metodologia:** Revisão integrativa com a seguinte questão norteadora “Qual a importância dos consultórios de rua?”. A base de dados utilizados foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A amostra final dessa revisão foi composta de oito artigos. **Resultados e discussões:** Após a análise do material foi possível estabelecer cinco categorias analíticas: A intersectorialidade na rede de atenção à saúde; dificuldades relacionadas ao *não-lugar* do morador de rua; Consultório na rua como porta de entrada; O elo da população em situação de rua com a atenção primária a saúde; O vínculo como estratégia para a abordagem na redução de danos e educação em saúde; O estigma e o auto-estigma relacionado ao População em Situação de Rua. **Conclusões:** Os consultórios na rua têm grande impacto no processo terapêutico principalmente como porta de entrada na Atenção Básica de Saúde. Os obstáculos encontrados estão relacionados à barreira social e burocrática dentro do processo de intersectorialidade. O vínculo, processo de redução de danos e educação em saúde, são ferramentas de eficiente aproveitamento dentro dos processos terapêuticos.

Palavras-chave: Consultório de rua, Pessoas em situação de rua, Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To carry out a survey of national studies on the impact of street offices against the homeless population. **Methodology:** Integrative review with the following guiding question “What is the importance of street clinics?”. The database used was the Virtual Health Library (VHL). A final sample of this review was composed of eight articles. **Results and discussions:** After analyzing the material, it was possible to define five analytical categories: An intersectionality in the health care network; difficulties related to the non-resident of the street; Street consultant as a gateway: The link of the homeless population with primary health care; The bond as a strategy to approach harm reduction and health education; Stigma and self-stigma related to the Homeless Population. **Conclusions:** Street offices have a great impact on the therapeutic process, mainly as a gateway to Primary Health Care. The obstacles encountered are related to the social and bureaucratic barrier within the intersectoral process. The bond, a harm reduction process and health education, are tools for efficient use within the therapeutic processes.

Keywords: street clinic, people in street situations, Comprehensive Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Os moradores de rua são uma parcela significativa da população brasileira, de acordo com Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de dezembro de 2009. A faixa etária mais expressiva com moradores de rua é entre 25 a 44 anos, dado alarmante pelo fato dessa faixa de idade ser a época considerada com maior produtividade no trabalho e de realizações profissionais, pessoais e financeiras. Quando se observa os principais motivos da trajetória na rua estão relacionadas a desavenças familiares (29,1%); alcoolismo/drogas (35,5%) e desemprego (29,8%)¹.

A população em situação de rua ganhou seu espaço a partir do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009², na qual foram instituídos os princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, que trouxe como diretrizes além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da

pessoa humana bem como o direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência². E no campo da saúde, o Ministério da Saúde incorporou este novo espaço dentro da Rede de Atenção Psicossocial, organizando consultórios de rua tendo como objetivos ampliar o acesso aos serviços de saúde, bem como fornecer assistência integral a essa parcela da população³⁻⁵.

A operacionalização dos consultórios de rua se dá pela articulação das equipes de consultórios na rua, desenvolvendo atividades compartilhadas e integradas com às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando preciso, 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 usuário⁵.

Desta forma o objetivo deste estudo foi caracterizar o papel dos consultórios na rua frente à população em situação de rua através da literatura.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa⁶. A questão norteadora foi: “Qual o papel dos consultórios de rua frente à população em situação de rua?”

2.1 BASES DE DADOS

Foram utilizadas as bases de dados que são acessadas pela Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) que dá acesso as seguintes bases de dados: MEDLINE, LILACS, BDENF, PUBMED e SciELO.

2.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Como critérios de inclusão foram considerados: artigos na íntegra, disponíveis on-line, publicados em português, que tratassem o tema da pesquisa, que contivessem as palavras chaves combinadas ou não com o operador booleano *and*: “Consultório de rua”, “Consultório na rua *and* SUS” “Consultório na rua *and* redução de danos” e “Pessoas em situação de rua”, publicados nos anos de 2008 a 2018.

Já os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis, publicados em outros idiomas, artigos duplicados, artigos anteriores a 2008 e após 2018, e artigos que não estavam condizentes ao tema da pesquisa.

Foi organizado um fluxograma para a organização do processo de seleção dos artigos (Figura 1).

2.4 COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados específico para essa revisão, com o objetivo de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, buscando comparar os estudos para atingir os

objetivos propostos. Tal instrumento é composto dos seguintes itens: fonte de localização, identificação de artigo, objetivo, método, resultado e conclusão.

2.5 ANÁLISE DOS ARTIGOS

A análise e a síntese dos dados extraídos dos artigos serão realizadas de forma descritiva, possibilitando confrontar o conhecimento teórico com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre a temática. Após a organização dos dados, leitura flutuante e leitura exaustiva, foram realizado recortes a partir das unidades de registro e das unidades de contexto, as quais foram reunidas por semelhança formando as categorias relacionadas aos temas centrais que descrevem o fenômeno analisado.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo não apresentou necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, pois extraiu dados de livre acesso, dessa forma não se trata de documentos que requeiram sigilo. As demais questões éticas foram preservadas, pois os autores consultados foram devidamente referenciados no texto.

Figura 1. Fluxograma apresentando o percurso da pesquisa na base de dados com amostragem final sobre consultórios de rua. Brasil, 2018.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Seguindo as etapas metodológicas, a busca na base de dados BVS foram identificados 67 artigos no total. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão foram adicionados 23 artigos para análise e leitura completa, destes, 15 artigos foram excluídos por não se encaixar no tema. desta forma, foram incluídos 8 artigos na amostra final, conforme o quadro 1:

Quadro 1: Relação das publicações que compuseram o estudo de acordo com o título, ano autores, revista, autores, objetivo geral e método. Brasil, 2018.

n	Título	Ano	Revista	Autores	Objetivo	Tipo de estudo
1	Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua	2014	Cad. Saúde Pública	Silva FP et.al. ⁷	O objetivo foi conhecer as práticas de saúde realizadas no cotidiano das equipes dos Consultórios de Rua, além de descrever as estratégias de atuação das equipes, conhecer o entendimento das equipes sobre educação em saúde e desvelar os sentimentos sobre o processo de trabalho na rua	Pesquisa qualitativa, com observação participante
2	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades.	2015	Cad. Saúde Pública.	Hallais JAS, Barros NF. ⁸	O objetivo deste artigo é, portanto, refletir acerca do cuidado destinado a PSR numa perspectiva socio antropológica, a partir de observação participante realizada junto a uma equipe de CnaR.	Estudo qualitativo sócio antropológico com observação participante.
3	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua.	2015	Saúde Debate	Silva CC; Cruz MM, Vargas, EP. ⁹	O objetivo do estudo consistiu em caracterizar como a equipe de CR da Clínica da Família Victor Valla (CFVV), em Manguinhos/RJ, desenvolve suas práticas de cuidado à saúde para a população em situação de rua.	Abordagem qualitativa.
4	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.	2016	Ciência & Saúde Coletiva	Engstrom EM, Teixeira MB. ¹⁰	Objetivo da sistematização de uma experiência, associada às reflexões acerca do consultório na rua e suas práticas de cuidado, delimitada em contexto e tempo, visando à interpretação entre os pressupostos concebidos e sua expressão nas práticas dos serviços.	Pesquisa qualitativa
5	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social.	2016	Cad. Saúde Pública	Ferreira CPS et al. ¹¹	Objetivo da avaliação da estratégia do consultório na rua de Maceió, Alagoas, de acordo com as perspectivas dos usuários.	Pesquisa qualitativa
6	Missão e efetividade dos consultórios na rua: uma experiência de produção de consenso.	2017	Revista Saúde Debate	Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. ¹²	Objetivo de apresentar e analisar a Oficina, bem como explicitar as principais discussões e encaminhamentos dela provindos.	Relato de experiência por meio da técnica Delphi.

Tabela formatada

7	Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida.	2017	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Abreu D. ¹³	Objetivo de discursar a respeito da redução de danos.	Relato de experiência
8	Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos.	2017	Psicologia em Pesquisa UFJF	Lima, H.S. & Seidl, E.M.F. ¹⁴	Objetivo foi descrever as ações de redução de danos desenvolvidas no cotidiano de trabalho do Consultório na Rua, segundo relatos dos profissionais e de pessoas atendidas pelo CR no município de Goiânia (GO).	Pesquisa qualitativa

Dos artigos incluídos nessa revisão, referente à metodologia observou-se que os todos os artigos^{7-9,14} foram estudos exploratórios de abordagem qualitativa, dois artigos⁷⁻⁸ que utilizaram observação participante e relato de caso.

No ano de 2014 foi publicado um artigo⁷, em 2015 foi publicado dois artigos⁸⁻⁹, em 2016 foram publicados dois artigos¹⁰⁻¹¹, já em 2017 foram publicados três artigos¹²⁻¹⁴.

Nota-se que não compôs a pesquisa nenhum estudo realizado nas regiões Norte e Sul.

Dentre os estudos escolhidos percebe-se que o foco a ser analisado é relacionado ao estímulo e compreensão acerca do assunto consultório na rua, obtendo sua familiarização, por ser um assunto pouco explorado, trazendo assim, levantamento de dados de situações empíricas e subjetivas da realidade vivenciada desses consultórios na rua, tendo maior relevância e proporção.

A Análise dos artigos permitiu a criação de quatro categorias de análise, nas quais os temas que apresentaram o mesmo resultado, foram agrupados construindo as categorias descritas no quadro a seguir:

Quadro 2. Categorias de análise e artigos relacionados. Brasil, 2018.

Categorias	Artigos relacionados
A intersetorialidade na rede de atenção à saúde: dificuldades relacionadas ao <i>não-lugar</i> do morador de rua.	7,8,9,10,11,12
Consultório na rua como porta de entrada: O elo da população em situação de rua com a atenção primária a saúde.	7,8,9,10,11,12,13
Vínculo como estratégia para a abordagem na redução de danos e educação em saúde	7,8,9,10,11,12,13, 14
O estigma e o auto-estigma relacionado à População em Situação de Rua	7,8,9,11,12,14

A análise do conjunto de artigos que compuseram a amostra, permitiu a construção de categorias de análise, através do agrupamento das unidades de registro utilizando a abordagem semântica dos resultados analisados.

3.1 A INTERSETORIALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: DIFICULDADES RELACIONADAS AO NÃO-LUGAR DO MORADOR DE RUA.

De acordo com o artigo⁷ as equipes entrevistadas dos consultórios na rua dão destaque ao campo de trabalho relacionado à existência de desafios para o cuidado com as pessoas de rua, desafios esses relacionados a barreiras que dificultam ou até mesmo inviabilizam o acesso do morador de rua à rede de saúde e assim consequentemente às redes intersetoriais.

Os integrantes das equipes de consultórios na rua referem se deparar com vários desafios relacionados a não aceitação do morador de rua nos serviços de referência da Rede culminando na falta de continuidade do processo terapêutico, fazendo com que eles tenham receio de não estarem desempenhando eficientemente seu papel, criando um clima de cobrança interna na equipe⁷.

De forma que a barreira social foi citada como uma consequência do processo de construção do imaginário social relacionado ao morador de rua, reforçando assim a invisibilidade dessas pessoas, muitas falas referidas pelos profissionais de saúde que participam da pesquisa citada, estão relacionadas à dificuldade e estigmatização das pessoas em relação aos moradores de rua, até mesmo dos próprios profissionais de saúde, que compreendem o morador de rua como uma pessoa de menor valor e um usuário de droga sem “salvação nenhuma”, dificultando assim o acesso de atendimento desses moradores de rua e a qualidade do cuidado prestado⁷.

A gestão municipal é responsável por implantar uma política intersetorial, que contemple ações em conjunto entre secretarias de assistência na saúde, em habitação, no trabalho e na renda, já que o morador de rua como ser biopsicossocial necessita de uma expansão de cuidado de várias áreas não só referente à patologia, mas também em questão de moradia, e reinserção na sociedade. Dessa maneira fazendo valer os princípios do SUS⁸.

Além disso, fatores como tratamento inadequado ou a falta dele, interferem diretamente na dignidade da pessoa humana. As diretrizes da Política Nacional de Humanização deixam de ser cumpridas assim como o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde, quando os consultórios na rua não conseguem internar pessoas em condições de rua em hospitais públicos principalmente pelo fato de as equipes considerarem os moradores de rua como uma “alta complexidade” por diversos motivos, entre eles: a não adesão ao tratamento terapêutico, doenças psiquiátricas associadas ao uso e abuso de substâncias, falta de acompanhantes, doenças de base agravadas, não possuírem endereço fixo o

que traz dificuldades na continuidade do cuidado e na aceitação do profissional em cuidado do morador de rua⁸.

Neste sentido, o ser humano tem o direito de ser atendido integralmente e visto na sua complexidade sem serem discriminados de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948, que em seu Artigo 6º diz: “Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei; ainda de acordo com o Artigo 7º diz: “Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei [...] e igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação”¹⁵.

Um dos fatores da resistência de atendimento à população em situação de rua nos serviços de saúde é o preconceito por parte das equipes de saúde em decorrência da condição de higiene precária dos moradores de rua, sendo este um fator utilizado como pretexto para o não atendimento a esta população⁹.

Nesta lógica, observa-se que a questão da falta de higiene é um fator preponderante na dificuldade de acesso desses moradores de rua na rede intersetorial, já que a Rede costuma atender processos eletivos com características sociais “dentro do padrão de aceitação social”.

O Consultório na Rua tornou-se parte da rede de atenção para aumentar as chances da população em situação de rua conseguir acesso na atenção primária a saúde, ampliando acesso e se tornando porta de entrada para a população em situação de rua no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰.

A população em situação de rua utiliza somente os serviços de urgência e emergência, em situações agudas ou de risco eminente de morte, quando na verdade seu primeiro contato e vínculo deveriam ser na porta de entrada da atenção básica de saúde¹⁰.

Mesmo com políticas setoriais e intersetoriais a população em situação de rua passa ainda por várias dificuldades, pois o imaginário social sobre essa população influencia significativamente na prática dos profissionais da saúde, acarretando na quebra dos princípios do SUS, em especial o princípio da equidade que envolve a solidariedade, generosidade e convivência entre diferenças e diferentes. Estes princípios asseguram prosseguir funcionando em rede, vendo o ser humano na sua complexidade biopsicossocial para encaminhamento de acordo com a necessidade do usuário¹¹.

Uma pesquisa¹⁸ que avaliou o processo de desenvolvimento e articulação dos consultórios na rua com a atenção básica, obteve como resultados que que existe articulação com os dispositivos da atenção básica onde a mesma foi avaliada como “bom”.

Com base nesta pesquisa foi observado que existe a articulação com os Centros de Atenção Psicossocial e que esse processo de articulação também foi avaliado como “bom”, os Consultórios na Rua se articulam dentro da Rede de Atenção à Saúde desenvolvendo um trabalho em parceria com vários

dispositivos do setor como a parte de assistência social, educação, esporte e justiça, porém e de acordo com pesquisa o índice foi avaliado como fraco¹².

Uma das dificuldades dos consultórios na rua em exercer sua função é relacionada à falta de continuidade dos processos de atendimento da Rede de Atenção da Saúde, já que o paciente demanda maior abrangência da intersetorialidade para a realização do seu cuidado, já que depende de serviços especializados da Rede, relacionados muitas vezes a assistência social, justiça, dentre outros. Já os Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, são os dispositivos da rede que estão mais preparados para a assistência aos Consultórios na Rua de maneira satisfatória¹¹⁻¹².

3.2 CONSULTÓRIO NA RUA COM PORTA DE ENTRADA: O ELO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.

De acordo com o artigo⁷ realizado com equipes de consultório de rua, os autores reconhecem que a população em situação de rua é extremamente vulnerável dado que não possuem acesso à educação, a saúde e direitos de cidadania. Em relatos das equipes elas declaram o consultório como o elo entre a saúde e a rua, sendo considerado uma “ponte” favorecendo a ligação desses moradores de rua ao acesso a atenção básica de saúde.

A condição de invisibilidade da população de rua é bem evidenciada uma vez que as ações do poder público mostram violência estrutural, principalmente no que diz respeito a negação de pertencimento desse grupo social na sociedade, sugerindo assim o silenciamento dessa população e a falta dos direitos básicos dos moradores de rua⁸.

Essa condição de invisibilidade é reforçada pela falta de atendimento a essa população em situação de rua, pelo pretexto usado pelas instituições da falta de documentação para acessar serviços e benefícios que são direitos que o Estado garante, impedindo assim que a população em situação de rua se cadastre em Unidades de Atenção Básica e na retirada de medicamentos de uso controlado, já que para essa retirada é preciso de documento de identidade e comprovante de endereço para a criação do cartão do Sistema Único de Saúde⁸.

Entretanto a apresentação da identidade não é uma condição para o não atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população em situação de rua, já que é dispensando a apresentação do comprovante de residência já que tal exigência se mostra contraditória a realidade da População em Situação de Rua^{8,13}.

Essa exclusão propicia um ambiente favorável para discriminação da população em situação de rua, que se torna vulnerável pela dificuldade de acesso “imposta” e a falta de informação, mostrando assim a importância do empoderamento dessa população referente também a sua autonomia, já que essa característica ajudaria essas pessoas a saberem dos seus direitos para uma garantia de uma melhor

qualidade de vida dentre suas limitações. A exclusão da população em situação de rua é evidenciada também burocraticamente pela falta de flexibilidade de horários para agendamento de consultas, exigindo documento de identidade, comprovante de endereço e do cartão SUS^{8,13}.

Dentre essa realidade temos um avanço relacionado ao consultório na rua, frente ao fato de que algumas unidades de consultório na rua, dispõem de prontuário eletrônico para todos os usuários, tendo assim seus registros, podendo oferecer através dessa informatização um número de Cartão SUS, facilitando assim com a posse desse número de cartão o acesso a Atenção Básica de Saúde¹⁰.

Segundo o artigo ¹⁷, o consultório na rua tem papel de extrema importância como facilitador do processo de chegada desses usuários à Atenção Básica de Saúde. Mediante estudos exploratórios⁷⁻⁹⁻¹¹ foi observado que o morador de rua se sente mais seguro com a presença dos profissionais do Consultório na rua e se sentem menos estigmatizados¹¹.

No entanto através de relatos de profissionais dos consultórios na rua, foi observado que a mudança do consultório *de* rua vinculado ao CAPS para consultório na rua vinculado a Política Nacional da Atenção Básica não foi efetiva, pois sua resolutividade não melhorou por intermédio das vinculações de encaminhamento, pois as mesmas não deram andamento em seus processos. O CAPS foi à única ramificação dentre as Redes de Atenção à Saúde que foi próspera e que agregou no processo de continuidade de tratamento. No entanto pelo CAPS ter sido efetivo em seu propósito o mesmo se tornou sobrecarregado, uma vez que as outras ramificações da Rede de Atenção à Saúde não foram tão efetivas no seu papel, mesmo que institucionalmente a responsabilidade não fossem mais deles e sim também das Redes de Atenção à Saúde dentro da Política Nacional da Atenção Básica¹¹.

As principais funções dos consultórios na rua segundo os profissionais que atuam nas equipes são: resgatar a cidadania e garantir os direitos da população em situação de rua, ressocializar a população em situação de rua; entender a dinâmica da vida da população em situação de rua; garantir o acesso da População em Situação de Rua ao SUS; empoderar os usuários; realizar um trabalho específico e não especializado; promover o cuidado a população de rua a partir da equidade; ser porta de entrada a saúde; trabalhar a partir da política de redução de danos; tratar nas ruas aqueles que não conseguem chegar às unidades de saúde; promover ações de saúde locais a partir da escuta e do acolhimento, promoção e prevenção da saúde, oferecer atendimento clínico e em saúde mental; fazer articulações com o intersetor e dar visibilidade a população em situação de rua diminuindo seu estigma¹².

O avanço do surgimento dos consultórios na rua a partir das políticas públicas foi considerado uma melhoria e o mesmo tem sido considerado um “SubSUS”, para as pessoas que não conseguem ter acesso ao SUS. No entanto, essa visibilidade pode ser considerada como um retrocesso dado que o SUS possui princípios como universalidade do cuidado, equidade e integralidade que divergem com esse retrocesso¹².

De acordo com o artigo¹² surge em pauta à importância de trabalhar a autonomia dessa população em situação de rua para ajuda-los a transitar nos dispositivos de saúde pública, de modo que seu tratamento seja realizado de forma efetiva, tendo em consideração a possibilidade de se criar vagas à população em situação de rua já que a boa parte dela não tem documentação ou moradia fixa.

3.3 VÍNCULO COMO ESTRATÉGIA PARA A ABORDAGEM NA REDUÇÃO DE DANOS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com o artigo⁷, a visibilidade dos profissionais a respeito dos consultórios de rua é interessante visto que os mesmos valorizam a construção de vínculo com a equipe e desenvolvido através da criatividade e subjetividade, para obter um resultado de trabalho diferenciado, evidenciando um trabalho técnico- humanizado.

A construção de vínculo depende de fatores como relação dialógica e saber escutar, muito destacado para a constituição do saber necessário para a intervenção, pois a equipe exerce a prática de acordo com a necessidade de campo a qual o sujeito está inserido⁷.

O cuidado desenvolvido pelo Consultório na Rua tem como eixo de destaque o processo de criação de vínculo, processo fundamental para ser colocado em prática. Este processo permite abrir mais espaço para os usuários se expressarem como pessoas, não como um objeto que precisa de intervenção, mas como um ser humano que tem sentimentos, vontades, uma história e uma trajetória, dessa maneira, aumentando a capacidade da continuidade das ações no serviço⁹.

O vínculo resulta na promoção de um eficaz envolvimento entre profissional e usuário, no entanto, se o profissional em algum momento atuar com postura preconceituosa, definindo modos de tratamento que não condizem com a realidade de vida da pessoa, será muito difícil o plano de cuidado ser efetivo⁹. Nesse sentido, ao estabelecer vínculo a Equipe de Consultório na Rua procuram articular a relação entre a instituição e conexão com as Redes de Atenção à Saúde e intersetorial também¹⁰.

As Equipes de Consultório na Rua realizam os projetos terapêuticos individuais respeitando a singularidade de cada pessoa e sua história de vida. A abordagem é realizada por meio da identificação de risco e vulnerabilidade¹⁰.

Há uma relação no cuidado elencado entre viver nas ruas, mendicância e consumo de drogas, uma vez que a população em situação de rua está mais propensa a riscos relacionados à saúde, evidenciados por fatores ambientais, climáticos, sociais, como alimentação, relacionamento, desencadeando diversas doenças, decorrentes da precariedade e falta de cuidado. Os problemas de saúde mais evidenciados nessa população de rua são: tuberculose, ISTs, hepatites virais, doenças dermatológicas, além de transtornos mentais e variados tipos de sofrimento psíquico^{2,8}

Testes rápidos (para gravidez, sífilis, hepatite, HIV), coleta de escarro para tuberculose são realizados, no entanto na medida em que o vínculo se estabelece é possível planejar projetos terapêuticos, ações que valorizem, atividades educativas, utilizando materiais.¹⁶

De acordo com o artigo¹⁸, na visão dos profissionais entrevistados a redução de danos está diretamente relacionada ao processo de trabalho *in loco*, com tratamento e abordagem realizada na rua, tanto de problemas de saúde como de vícios.

Os profissionais destacaram a redução de danos, o matriciamento e a atenção psicossocial como ferramentas de estratégia que orientam o trabalho de equipe, no caso do matriciamento foi definido como uma sensibilização do território acerca dos problemas que nele circula, como sua realidade territorial, para melhor abordagem dos problemas¹².

O uso da redução de danos é uma estratégia utilizada na abordagem ao morador de rua. Os exemplos citados por esses profissionais foram: distribuição de insumos como preservativos e protetores labiais, campanhas de vacinação, distribuição de copos d'água, orientação quanto ao uso de substâncias, vacinação, complementação alimentar calórica, elaboração e execução de atividades em grupo com orientação para a população em situação de rua e distribuição de cachimbos (que foi abordada e realizada por apenas um profissional)^{8,12}.

A redução de danos foi abordada com importante prática que deve ser ampliada posto que a mesma trabalha em prol da prevenção de danos, incluindo a distribuição de insumos, o contato com usuário na maneira que ele vive, onde ele vive, prevenção e educação em saúde possibilitada pelo entendimento do local da real situação em qual o morador de rua vive para uma intervenção mais efetiva voltada a realidade do mesmo¹².

De acordo com os artigos¹¹⁻¹² o processo de vínculo tem sido destacado com grande importância em todo processo, pois, é através dele que se cria o elo de confiança e continuidade do processo. Por meio dos estudos pode ser observado que o vínculo é evidenciado como um processo de fortalecimento do atendimento e do diálogo, no caso a escuta qualificada e a humanização entre o profissional e o usuário.

A empatia é colocada em prática no lugar do julgamento, assim como o respeito à autonomia do morador de rua. Esses fatores são considerados primordiais no processo de “conquista”, da confiança desses moradores para que, então, possa ser colocada em prática o início de um processo de redução de danos, se o mesmo, por exemplo, for usuário de drogas ilícitas¹¹.

Atividades educativas e informativas também são muito utilizadas, tanto no processo de educação em saúde desses moradores de rua, como por exemplo, no processo de interação para melhor desenvolvimento interpessoal profissional e paciente. É importante que o processo de redução de danos compreenda a diversidade de cada morador de rua¹¹.

O vínculo foi citado no artigo¹⁷ como “um jogo de cintura” em saber ouvir e dialogar, onde muitas vezes estas práticas são facilitadas de início através de oficinas de artes, realizadas com música, pintura e atividades. Em todo o processo a educação em saúde é muito utilizada no processo de redução de danos¹¹.

O artigo¹³ aponta que a redução de danos tem um olhar singular do sujeito frente ao seu contexto de vivência, a mesma realiza estratégias e práticas reflexivas sobre o consumo de água, alimentação, uso de preservativos, dentre outras práticas e estratégias do cuidado.

A redução de danos se tornou uma estratégia de confiança e ampliação da vida, por trabalhar questões relacionadas ao consumo de drogas e de outras comorbidades que acerbam a população em situação de rua. Essa estratégia busca sensibilizar a participação de cada morador de rua em seu processo de autocuidado tanto na parte da saúde quanto na parte social, trabalhando a questão de autonomia dentro ao seu contexto realístico com o seu reconhecimento como uma pessoa com direitos¹³.

De acordo com o artigo¹⁴ ainda há muito preconceito relacionado à redução de danos no que diz respeito ao seu papel. Muitos profissionais de saúde, a justiça, e a população civil, ainda enxergam o processo de redução de danos, por falta de conhecimento, como um incentivo ao uso de drogas, quando na verdade essa estratégia tem como objetivo, a redução do dano que a droga pode fazer em longo prazo e como uma estratégia para diminuição de agravos. Prevenindo a síndrome de abstinência e recaídas.

A Política Nacional de Redução de Danos presente na **Portaria do Ministério da Saúde Nº 1028/2005**, atualmente está em vigência e tem como visibilidade a atenção integral ao usuário de álcool, crack e outras drogas. Esta, não recomenda a abstinência e a cura como metas rígidas a serem alcançadas, mas aponta um novo lado a ser explorado. Enfatiza o atendimento a essa população dando prioridade a escuta ativa, formação de vínculo, confiança e o respeito aos direitos humanos em prol da melhoria das condições de saúde, possibilitando intervenções e tratamento a reabilitação dessa população. Fornecendo dessa maneira uma melhor qualidade de vida, com resgate do seu papel de cidadão com autonomia e sabendo dos seus direitos sociais, do zelo pela sua dignidade. Estabelecendo assim sua inclusão social novamente dentro da sociedade¹⁴.

3.4 O ESTIGMA E O AUTO-ESTIGMA RELACIONADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A responsabilidade reflexiva acerca da estigmatização é evidenciada no artigo⁷, no qual é relatado que os profissionais de saúde acabam reproduzindo esse estigma relacionado a população em situação de rua, fato presenciado em muitos serviços da rede onde os profissionais de saúde estão acostumados a receber pessoas com aporte de documentação, com higiene pessoal em dia, dentre outras características.

De acordo com o artigo⁸ estão presentes no cuidado a essas pessoas características estigmatizantes como sujeira, mau cheiro, efeito das drogas. Influenciando, assim o cuidado oferecido ilustrando um acolhimento precário a esse morador de rua dentro dos serviços de saúde.

A transformação de um espaço da rua em moradia leva a reflexão dos efeitos do lugar, uma vez que o local escolhido tem significado social e um potencial de exclusão. Este local leva a um estigma, reforçando o distanciamento dessa população de rua, com o aparecimento de diferenciações de grupos, criando assim classificações que levam a distorcidas rotulações dessa população de rua, sendo facilmente aceitas pelas mesmas se tornando além de um estigma externo um auto-estigma⁸.

Os autores citam o termo “cracolândia”, evidenciando uma generalização, dominante e estigmatizante, deixando invisível a vulnerabilidade física e social que acompanha as pessoas em situação de rua, dessa maneira a perspectiva em relação às pessoas em situação de rua muda de pessoas mais vulneráveis, para pessoas perigosas, causadoras de insegurança e violência urbana, obtendo assim uma rotulação negativa⁸⁻⁹.

De acordo com o artigo¹⁵, para que o grupo social rompa com a invisibilidade criada por um imaginário social pouco esclarecido é preciso que os profissionais de saúde acolham os moradores de rua como sujeitos com autonomia e direitos, , conhecer as causas desse imaginário social construindo a possibilidade para abertura de novos caminhos, com uma nova visibilidade acerca da realidade da população em situação de rua em prol da não estigmatização, já que cada pessoa moradora de rua tem sua história e uma trajetória única. Desta forma, “o estigma e a discriminação representam o avesso do reconhecimento da alteridade”, a negação da tolerância e respeito às diferenças, dessa maneira, o artigo indaga o fato de rever as razões e critério das políticas públicas que propiciaram esse cenário de estigmatização¹¹.

Além do fato do estigma social estar ligado com a precariedade de vida da população em situação de rua que vive de privações alimentares, financeiras e afetivas, além da exposição à violência, fatores que favorecem o sentimento de menos valia, favorecendo o sentimento de auto -estigma, como se eles se auto taxassem como o que dizem que eles são¹¹.

O olhar “despreconceituado” é um dos pilares do trabalho do Consultório na rua, pois somente é possível acolher o outro após o desnudamento dos pré-julgamentos. Por isso o consultório na rua faz tanta diferença na vida dos atendidos¹⁶.

Dar visibilidade a população em situação de rua ajuda a diminuir seu estigma, aumentando seu plano de entendimento acerca de sua realidade, seus direitos e deveres, fortalecendo assim sua autonomia, gerando uma reflexão de sua valia, ajudando em seu processo através da escuta ativa e aconselhamento¹².

Os consultórios na rua seguem os princípios do SUS, que são responsáveis por nortear esse dispositivo para efetivo tratamento do paciente respeitando sua integralidade seu direito de equidade frente ao seu contexto e o princípio de universalidade, os princípios da promoção dos direitos humanos, incluindo a reinserção dessa população em situação de rua, acarreta o enfrentamento do preconceito combatendo assim o estigma propiciando o resgate da cidadania dessa população¹⁴.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que tanto as barreiras sociais quanto as burocráticas, tem acarretado o silenciamento da população em situação de rua, através da sua condição de invisibilidade acarretada pelo imaginário social dos profissionais que prestam atendimento dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Essa resistência no atendimento aos moradores de rua é muito tratada nos artigos, influenciando o andamento, tanto dos processos de assistência da rede intersetorial, como também no seu entendimento interno, gerando assim um auto-estigma interiorizado pelo estigma externo vivenciado por essa população da rua.

Os Consultórios na Rua têm mostrado papel de grande influência no processo de acolhimento às pessoas em situação de rua, através da escuta-qualificada e criação do vínculo com o morador de rua. O andamento do seu processo terapêutico se transforma em um processo terapêutico mais amplo abordando a integralidade de cada sujeito dentro de sua singularidade, podendo obter melhores resultados através do processo de redução de danos acompanhado da educação em saúde.

Os impactos dos consultórios na rua são de grande proporção, no que diz respeito a confiança que é criada entre o morador de rua e a equipe, evidenciando que o morador de rua se sente mais seguro ao chegar à Unidade Básica de Saúde acompanhado da equipe, dessa maneira “ não sendo reparado” e discriminado, já que esse morador de rua não está sozinho.

Dessa maneira os consultórios na rua são considerados como facilitadores na entrada a Atenção Básica de Saúde, pois a partir dele existe a possibilidade de encaminhamentos específicos dentro da Rede de atenção à Saúde, facilitando assim o seu processo de tratamento dentro de sua integralidade.

No entanto ainda existem muitos desafios a serem enfrentados e abordados, já que a população de rua apresenta uma demanda extensa com maior complexidade dentro a sua integralidade biopsicossocial, dificultada ainda mais por barreiras intersetoriais e estigmas.

É necessário à de ampliação de estudos a cerca desse tema já que o índice de pessoas em situação de rua vem crescendo a cada dia mais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. 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 Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 24.12.2009 [acesso em 10.04 às 21h57min]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 122, de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Acesso em 10.01 às 22h52min]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
4. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface comun. Saúde educ. 2014; 18(49): 973-983.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
7. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de Saúde das Equipes dos Consultório de Rua. Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(4):805-814.
8. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(7):1497-1504.
9. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua, Rio de Janeiro, Brasil. Divulg. saúde debate. 2015; 39(n. especial): 246-256
10. 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. Brasil. Ciênc. Saúde Colet.2016; 21(6):1839-1848.
11. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma Capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(8):e00070515.
12. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos consultórios na rua: uma experiência de produção de consenso. Rio de Janeiro, Brasil. Divulg. saúde debate .2017;41(114): 963-975.
13. Abreu D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39): 1-2.

14. Lima HS, Seidl EMF. Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos. Brasil. Psicologia em Pesquisa. 2017; 11(2): 33-41.

15. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [acesso em 18.11.2018 as 09:32]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.html

16. Akiyama MRM. População de Rua no Empoderamento do Acesso à Saúde. Archives of Health. 2020; 1(5): 341-345.