

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**VICTOR MATEUS MACÁRIO PORTTO**

**CONSULTÓRIO NA RUA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**SÃO CARLOS/2024**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**VICTOR MATEUS MACÁRIO PORTTO**

**CONSULTÓRIO NA RUA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Dissertação apresentada para o Exame de  
Qualificação ao Programa de Pós-Graduação em  
Gestão da Clínica do Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de  
São Carlos

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sueli Fatima Sampaio

**SÃO CARLOS/2024**



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Victor Mateus Macário Porto, realizada em 18/10/2024.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Sueli Fatima Sampaio (UFSCar)

Profa. Dra. Delane Felinto Pitombeira (UECE)

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, seu Suetonio, dona Angelita e Victória, por todo o amor que vocês me dão/deram a vida inteira e pelo incentivo de sempre pra ser o “dôtor” daí de casa. Esse é só mais um passinho na busca pelo sonho sonhado junto com vocês. Eu os amo muito e só tenho a agradecer por tudo que sempre proporcionaram na minha vida, por serem uma casa cheia de amor e carinho mesmo nos momentos mais difíceis que passamos juntos. Um cheiro pra vocês, meus gorduchos do coração.

Ao meu amor, Duda, agradeço por tanto amor, apoio, paciência e cuidado pelos meus choros em muitos momentos da caminhada árdua que foi o mestrado. Nos conhecemos no início desse processo de entrada no mestrado e hoje não imagino mais a vida sem você e a nossa casinha cheia de chamego que tanto amamos. Obrigado por fazer a rotina ser algo tão especial e tão bacana de dividir, te amo muito.

À minha segunda família, dona Mazé, Magel, Dani e Maju, obrigado por tanto riso frouxo e momentos de carinho que vocês proporcionam na minha vida. É lindo ver que a vida foi se encaixando e trazendo também uma nova família junto ao meu amor, é bagunçado e delicioso desfrutar da companhia de vocês. Estou indo pegar as taças de sorvete para comemorarmos o fim desse ciclo.

Agradeço aos meus avós, seu Antonino e dona Zeneida, por todo o amor que vocês me deram e que sei que de algum local ainda me mandam. Perder a companhia sempre presente de vocês, por conta da covid, não foi, nem é ainda, fácil e essa vitória também é por tudo o que vocês representam na minha vida. Tia Bel, minha segunda mãe, e meu padrinho Mardônio, a Covid também os levou e deixou um vazio ainda maior no meu coração. Obrigado a todos vocês pelo cuidado comigo nos mais diferentes momentos da vida, por me pegarem no colo, me fazerem crescer feliz e me ajudarem a me tornar quem eu sou hoje. Sei que vocês também estão felizes por verem mais essa conquista na minha vida, um dia a gente se encontra novamente. “Let it be, let it be...”

À minha orientadora, querida Sueli, agradeço por tanto carinho e acolhimento em um dos momentos mais difíceis da minha vida. Obrigado por não soltar a minha mão e não me deixar desistir de um sonho quando a cabeça pesou demais depois de tantas dores passadas na pandemia. Obrigado de verdade por acreditar em mim desde os processos iniciais de entrevista até esse momento de finalização de ciclo. Sua experiência

e seu conhecimento na condução de tudo com tanto tato e sensibilidade me fizeram seguir em frente nesse processo que estamos encerrando. Um abraço bem forte, um cheiro como eu sempre digo, e um até logo para o nosso encontro presencial.

À banca. Sim, agradeço a banca por tantas contribuições maravilhosas que vocês me deram no momento da qualificação e por me abraçarem de uma maneira tão afetuosa em um construção tão corrida como a que foi desse final de mestrado. O choro ao final daquela apresentação não foi à toa e trouxe uma grande sensação de alívio por me pedirem para ser mais eu em minhas palavras dentro da academia. Isso é impagável de ouvir em um meio que muitas vezes nos tolhe tanto, muito obrigado mesmo.

Aos meus amigos, agradeço por, em meio ao processo de vivência da vida adulta, se fazerem presentes mesmo com a correria tão grande que a nossa geração passa. Sem vocês me fazendo rir, me ouvirem chorar e “frescando” junto comigo, talvez esse momento do mestrado não tivesse sido finalizado com sucesso. Obrigado também por me mandarem energias positivas mesmo com alguns presencialmente longe e por serem presença e carinho sempre.

Por fim, agradeço ao Instituto Cisne por me propiciar ter a experiência de atuar no Consultório na Rua junto à população em situação de rua. Ao povo da rua, obrigado por me fazerem ter tantos questionamentos acerca da minha prática profissional e sobre a construção do cuidado em relação a vocês.

## RESUMO

A criação do SUS em 1988 inicia o processo de implementação da garantia de saúde pública universal com equidade e integralidade do cuidado, mas é somente a partir da década de 90 que várias cidades brasileiras iniciam o processo de pensar como política de saúde o cuidado à população em situação de rua. O Consultório na Rua emerge como uma estratégia de saúde necessária, objetivando alcançar a população em situação de rua que, muitas vezes, é excluída do acesso aos serviços de saúde tradicionais por diferentes motivos. Em 2011 instituiu-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua, sendo adotada pelo Ministério da Saúde como serviço pertinente a Atenção Básica em Saúde somente no ano seguinte. O presente trabalho tem por objetivo compreender quais temáticas perpassam as discussões científicas sobre o Consultório na Rua no período de 2012 a 2024. O método é a revisão integrativa da literatura existente sobre o tema. A busca pelas obras para a pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e nas bases de dados PubMed e SciELO. Resultados finais: a identificação e análise das categorias - vulnerabilidade e estigmas; pelo direito do acesso universal a saúde; o território como espaço de cuidado em saúde; e a experiência de cuidar no Consultório na Rua - que permeiam a literatura existente sobre o assunto e a sugestão de possíveis estudos e discussões pendentes sobre o Consultório na Rua a partir da percepção do pesquisador na dicotomia entre teoria e prática.

**Descritores:** Pessoas em Situação de Rua; População em Situação de Rua; Ill-Housed Persons; Consultório na Rua.

**Abstract:**

The creation of the Unified Health System (SUS) in 1988 initiated the process of implementing the guarantee of universal public health with equity and comprehensive care, but it was only from the 1990s that several Brazilian cities began the process of considering care for the homeless population as a health policy. The Street Clinic emerges as a necessary health strategy, aiming to reach the homeless population who are often excluded from access to traditional health services for various reasons. In 2011, the National Policy for the Homeless Population was instituted and adopted by the Ministry of Health as a service relevant to Primary Health Care only in 2012. The present study aims to understand which themes permeate the scientific discussions about the Street Clinic in the period from 2012 to 2024. The method is an integrative review of the existing literature on the subject. The search for works for the research was carried out in the Virtual Health Library and in the PubMed and SciELO databases. Initial results: the identification and interpretation of the categories - vulnerability and stigma; for the right of universal access to health; the territory as a space for health care; and the experience of caring in the Street Clinic - which permeate the existing literature on the subject and the suggestion of possible studies and pending discussions about Street Clinic from the researcher's perception in the dichotomy between theory and practice.

**Descriptors:** Homeless people; Homeless population; Ill-Housed Person; Street Clinic.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
DE ONDE SURGE A NECESSIDADE DA PESQUISA .....	10
MARCOS DA MUDANÇA DO CUIDADO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....	12
A PROPOSTA PARA AS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA .....	16
A RELEVÂNCIA DA PESQUISA.....	18
PERGUNTA DA PESQUISA .....	22
OBJETIVOS.....	22
MÉTODO.....	22
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
VULNERABILIDADE E ESTIGMAS.....	31
PELO DIREITO DO ACESSO UNIVERSAL A SAÚDE .....	33
O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE CUIDADO EM SAÚDE .....	38
A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR NO CONSULTÓRIO NA RUA.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
REFERÊNCIAS .....	48
APÊNDICE 1 .....	55
APÊNDICE 2.....	67

## INTRODUÇÃO

Os centros urbanos atuais enfrentam desafios bastante complexos em relação à prestação de cuidados em saúde, principalmente quando envolve as populações marginalizadas e em situação de vulnerabilidade social. Além da extrema pobreza, diversas problemáticas sociais e de saúde afligem a população em situação de rua, inclusive graves violações de Direitos Humanos. As desigualdades sociais e o não acesso à moradia provocadas pelo sistema capitalista ao qual estamos submetidos estão cada vez mais evidentes nesses contextos das grandes cidades.

A Lei 14.821, a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua), conceitua atualmente o que é entendido como população em situação de rua (BRASIL, 2024, p.5):

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que tem em comum a falta de moradia e utiliza os logradouros públicos como espaço de moradia e de sustento, bem como as unidades de acolhimento institucional para pernoite eventual ou provisório, podendo tal condição estar associada a outras vulnerabilidades como a pobreza e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Destacam-se também como motivos que levam a situação de rua o desemprego, problemas de saúde, o uso de álcool e outras drogas, a perda de moradia e a ameaça e a violência urbana, dentre outros (IPEA, 2023). A necessidade de fortalecimento das construções de cuidado, dentro do contexto da atenção primária, e da desinstitucionalização das pessoas precisa ser pensada de maneira ética e multidisciplinar para o acolhimento desse público e de toda a sua demanda biopsicossocial, já que geralmente eles tem dificuldade de acessar a rede de atenção à saúde (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

Sobre a relação entre a extrema pobreza e a situação de rua, Ximenes *et al.* (2024) destacam que a precariedade do sono, por ser geralmente em espaços públicos, as humilhações, a fome, a dificuldade de acesso a direitos e serviços públicos, a falta de dignidade, a discriminação e o sentimento de vergonha por seu contexto de vida são indicadores de pobreza relevantes, assim como a renda, que devem ser levados em consideração na análise da pobreza pela ótica multidimensional. Em seus estudos, os referidos pesquisadores trazem achados que demonstram algumas condições de vulnerabilidades e precariedades na vida das pessoas que antecedem a situação de rua, como, por exemplo, o trabalho na infância e adolescência e a violência intrafamiliar.

Ao atuarmos junto à população em situação de rua, compreendemos que os motivos que levam as pessoas para esse contexto são múltiplos e que a vulnerabilização das ruas pode agravar ainda mais os processos de sofrimento e adoecimento pré-existentes, além de gerar novas formas de adoecimento. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2022), a população em situação de rua cresceu 38% somente durante a pandemia, e no recorte de 2012 a 2022 cresceu 211%, saindo de pouco mais de 90 mil pessoas para cerca de 280 mil - números esses imprecisos e que podem ser ainda maiores devido às dificuldades em mapear precisamente essa parcela populacional.

Observando os dados do IPEA, é possível dizer que o agravamento desses números se destacam por diversas óticas, desde o aumento das desigualdades sociais e de distribuição de renda à perda de poder financeiro da população brasileira em relação a outros períodos recentes da economia nacional e pelas diversas crises econômicas que passamos (Ximenes *et al*, 2024). A pandemia em si traz um boom da população em situação de rua por ser um período de perdas financeiras e humanas ainda maiores, a questionável atuação governamental no período pandêmico no âmbito da proteção social e em diversos outros âmbitos também corroboraram com um expressivo aumento da situação de rua nos últimos anos.

Segundo IPEA (2023), deste contingente populacional que é a população em situação de rua, 68,2% se autodeclara negro, sendo 51% de pardos e 18% de pretos. 31,1% se declara branco, 0,5% considera-se amarelo e 0,2% indígena. A escolaridade média é menor entre indígenas (6,5 anos), seguida de 6,7 anos para negros e 7,4 anos para brancos, já o índice de analfabetismo é de 11% em negros e 7,3% em brancos. 87% se declara do sexo masculino e 13% do feminino, destaca-se nos números a prevalência entre as mulheres das situações de ameaça e violência como fator que as levaram para a situação de rua em 8,8%, enquanto que nos homens o alcoolismo ou uso de outras drogas é mais destoante do que em relação as mulheres, 31,7%.

Nos dados da nota técnica do IPEA (IPEA, 2023), o tempo de permanência das pessoas em situação de rua está intimamente ligado ao motivo que as levaram para as ruas. Conflitos familiares e o uso abusivo de álcool e drogas geralmente estão associados a um tempo de permanência maior na situação de rua, enquanto que as razões econômicas associam-se a episódios mais curtos de estadia nas vivências de rua. Os problemas

familiares, o principal fator apontado como responsável pela situação de rua, levam cerca de 47,8% dos homens para essa condição, enquanto que nas mulheres 41,9% declararam ter sido essa a motivação. O desemprego como causa afeta 41,2% no sexo masculino e 33,3% no sexo feminino.

Neste contexto anteriormente citado, o Consultório na Rua (CR) emerge como uma estratégia necessária, objetivando alcançar a população em situação de rua que muitas vezes é excluída do acesso aos serviços de saúde tradicionais por diferentes ou vários motivos – desde racismo a políticas higienistas de algumas cidades brasileiras. Pacheco (2014) enfatiza que a lógica de acolhimento e atendimento no CR rompe com o modelo biomédico de cuidado por oferecer multidisciplinaridade, integralidade e equidade do cuidado no próprio espaço da rua. Não se objetiva ser um modelo manicomial de saúde e sim uma abordagem participativa dos cuidados.

De acordo com Romani (2008) a abordagem participativa pretende ser “um enfoque mais realista e profissional, centrado na possibilidade de solucionar alguns aspectos ou de fazer frente aos efeitos mais danosos derivados de certos consumos de drogas” (p.304). A intenção é de redução de danos, por meio de uma política norteadora desse tipo de cuidado ao sujeito que requer atendimento das equipes do CR, sendo importante perceber que as demandas não se reduzem somente ao uso de substâncias psicoativas, uma vez que a proposta é dar voz e visibilidade a quem praticamente sempre esteve invisível em quase todos os espaços, inclusive para atendimento à saúde, mas sempre bem visíveis aos do judiciário e da polícia de maneira geral.

## **DE ONDE SURGE A NECESSIDADE DA PESQUISA**

Adentrando no bloco da relevância deste projeto, encontra-se o desejo do pesquisador, o seu trajeto formativo e a vida profissional. Desde a minha graduação em Psicologia, na Universidade Estadual do Ceará (UECE), encontrei-me com a Saúde como campo de afetação e inquietação no estudo para a prática psicológica – mais precisamente a Atenção Primária em Saúde (APS) como área de ênfase nos estudos. Em minha formação na UECE, fui bolsista de pesquisa em Iniciação Científica, durante o período de 2013-2014, no projeto: **Avaliação da formação dos profissionais de Saúde de Nível Superior pelas universidades públicas em Fortaleza/CE.**

Continuei meu trajeto acadêmico-profissional depois da graduação adentrando na Residência da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), na linha de Saúde da Família e Comunidade. Neste período de 2018 a 2020, atuei em Icapuí (cidade do interior cearense e vanguardista nesta estratégia), pelo programa da Residência, buscando ter a experiência do cenário de prática do SUS como campo de ensino-aprendizagem, reflexões e problematizações. Permaneci o período da formação no município, vivendo e reconhecendo as dores e as delícias de vivenciar um processo tão intenso no território-vivo que compõe aquela cidade.

No cenário municipal de Icapuí, fui lotado como Residente de Saúde da Família em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde municipais (UAPS) - Maria Antonieta Brasil e Monsenhor Diomedes. Por conta desta vinculação institucional com a ESP-CE estive ligado ao Sistema Saúde-Escola icapuiense, núcleo responsável pelo alinhamento das atividades de ensino-aprendizagem à proposta pedagógica implantada pela Escola em seu processo de interiorização da Educação em Saúde. Tal sistema também organiza o fluxo de estágio de estudantes oriundos do Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária da Universidade Federal do Ceará (CRUTAC-UFC), da residência médica da Escola e faz a interligação com a ESP-CE para as questões burocráticas, envolvendo a gestão municipal.

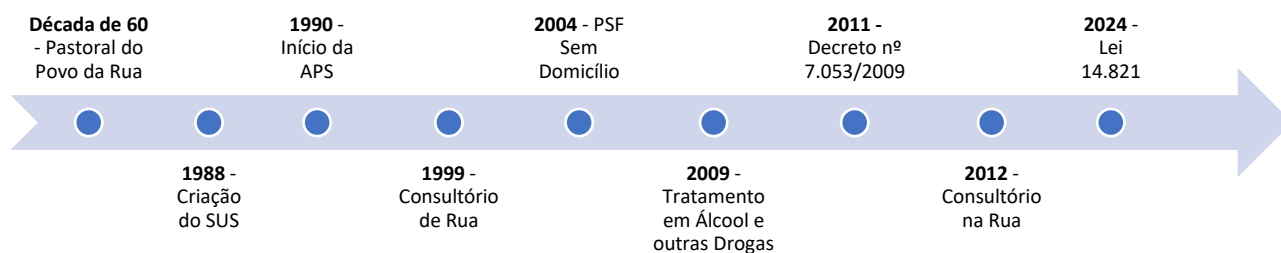
Já como Psicólogo em Fortaleza, fora do contexto da saúde, atuei junto à Coordenadoria de Alternativas Penais, acompanhando principalmente os homens acusados de cometer violência doméstica em cumprimento de medidas cautelares. Muitos desses, devido às exigências de afastamento por ordem judicial do possível agressor em relação a vítima, ficavam em situação de rua no andamento do processo à espera do julgamento. Havia nesse campo de atuação o primeiro contato com a problemática pessoas na rua e seus desdobramentos.

Essa anterior experiência como Psicólogo me ajudou a chegar ao meu atual campo de trabalho e local norteador dessa pesquisa, o Consultório na Rua de Fortaleza. A equipe 3 do CR municipal a qual pertencço possui 11 profissionais: sendo um Psicólogo, uma Enfermeira, um Médico, duas Técnicas de Enfermagem, uma Assistente Social, um Agente Social, dois Profissionais de Apoio e dois Motoristas. Ficando diretamente responsável pela Regional de Saúde número 3 de Fortaleza, que é composta pelos bairros: Rodolfo Teófilo, Pici, Padre Andrade, Autran Nunes e Antônio Bezerra.

As ações do Consultório na Rua de Fortaleza baseiam-se: na identificação das possíveis causas que levaram a pessoa a estar em situação de rua; no acionamento, se possível, dos diversos setores que possam auxiliar na busca e/ou retomada do vínculo familiar; na busca pela garantia de acesso a direitos como a renda, educação e abrigo através de encaminhamentos aos dispositivos da Assistência Social ou de outras esferas da rede que visem alcançar a integralidade do cuidado as pessoas em situação de rua. Além disso, a oferta do atendimento visa à prevenção e a promoção da saúde; atendimento de pacientes hipertensos e diabéticos; atendimento psicossocial; exames clínicos (exames de sangue, urina e baciloscopia); testes rápidos; entrega de preservativos e de absorventes; e a imunização das pessoas (vacina Moderna XBB e Influenza).

Comecei a atuar nessa equipe multiprofissional em meados de maio de 2023, enfrentando junto aos meus colegas os ônus e os bônus dessa construção do cuidado diferente no âmbito da atenção básica e tal prática me fez despertar questionamentos e percepções necessárias ao ato da pesquisa.

## MARCOS DA MUDANÇA DO CUIDADO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



A população em situação de rua começa a ser observada como contingente populacional que merece a busca pela garantia de seus direitos em meados da década de 60, pelo aumento contingencial dessa população e pela presença cada vez maior nos centros urbanos. Segundo Jesus e Lisboa (2022), é com a Pastoral do Povo da Rua, movimento ligado à Igreja Católica, que começam os primeiros cuidados em saúde pública às pessoas em situação de rua, nas casas de assistência. A criação do SUS em 1988 inicia o processo de implementação da garantia de saúde pública universal com equidade e integralidade do cuidado, mas somente a partir da década de 90 é que várias cidades brasileiras iniciam o processo de pensar o cuidado à população em situação de rua (JESUS E LISBOA, 2022).

Segundo Londero, Ceccim e Bilibio (2014), o primeiro Consultório de Rua foi criado em 1999, em Salvador/BA, como um dispositivo de saúde para atender crianças e adolescentes, que se encontravam nas ruas e fazendo uso de drogas consideradas ilícitas. Segundo os autores, tal experiência foi conduzida pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas e, como fruto desse processo, no ano de 2004 é implementado o primeiro "CAPS ad" da cidade. Seguindo o rastro histórico do programa, que depois se tornaria política nacional, surge o PSF Sem Domicílio, em Porto Alegre, no ano de 2004. Adotam posteriormente o mesmo programa de saúde as cidades de Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

O dispositivo de saúde gaúcho fazia parte da rede de Atenção Básica à Saúde e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua, da área da assistência social. O programa tinha como identificar as possíveis causas que levaram a pessoa a estar em situação de rua; acionar, se possível, os diversos setores que pudessem auxiliar na busca e/ou retomada do vínculo familiar e de uma ocupação. Além disso, a oferta do atendimento visando à promoção da saúde, com tratamento e exames clínicos. É importante ressaltar que o "PSF Sem Domicílio" de Porto Alegre junto à experiência de redução de danos realizada na Bahia conduziram às formações embrionárias dos atuais CR, pois tinham como público-alvo a população em situação de rua e a oferta de atendimentos de maneira itinerante (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

A partir desse marco temporal, é importante citar um acontecimento que muda a história da população de rua de todo o país e que, a partir disso, faz surgir movimentos sociais organizados para esta parcela populacional, reivindicando políticas de cuidado, proteção e de vida digna às pessoas em situação de rua.

Em 2004, no dia 19 de agosto, ocorre o “Massacre da Sé” em São Paulo. Tal data é tristemente lembrada por terem ocorrido uma série de ataques violentos e gratuitos a pessoas que dormiam na Praça da Sé, levando a várias mortes e feridos graves desta tragédia. A data fica marcada como o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, como lembrança recorrente dos horrores vividos pelos que se foram naquele momento e da necessidade de lutar de maneira recorrente pela visibilização dessa parcela populacional (CRP-SP, 2022).

Em 2009, percebendo a importância da efetividade das ações de cuidado produzidas nos diversos locais citados anteriormente e junto às mobilizações dos

movimentos sociais, começa a se desenhar uma política nacional de cuidado, por meio do CR. Segundo Londero, Ceccim, Bilibio (2014, p.4):

O Ministério da Saúde (MS) propõe que o CR torne-se uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua. Para o MS, “a retaguarda do CR” favorecia “o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede” dos usuários de drogas mais comprometidos com esse uso e “em situação de maior vulnerabilidade social.

Tal medida do Ministério da Saúde fez o CR ser parte dos serviços das redes de Saúde Mental, desagradando o seu público-alvo por, de certa maneira, estigmatizar essa parcela populacional e suas demandas em saúde. Um reducionismo perigoso e até higienista nesse caso, por entender que a rua é espaço somente de produção de vícios e não de possibilidade de conduções criativas/integrais de cuidado.

Sobre o foco no enfrentamento ao uso de álcool e drogas dos dispositivos de saúde do CR em voga no período, o Movimento Nacional da População de Rua era contrário ao fim do "PSF Sem Domicílio", por exemplo, por entender que as demandas das pessoas em situação de rua eram bem mais amplas do que somente o uso de substâncias psicoativas e a estratégia de saúde adotada nesse caso cancelava essa visão.

Em 2011, através do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, instituiu-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua, sendo adotada pelo Ministério da Saúde como serviço pertinente à Atenção Básica em Saúde somente no ano de 2012 e com tal mudança indo ao encontro das discussões e das necessidades dos movimentos sociais ao acompanhamento dessa parcela populacional (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014). Foi a Política Nacional de Atenção Básica de 2011 que abordou pela primeira vez o Consultório na Rua como pertencente a Atenção Primária em Saúde (GONDIM, 2018), instituindo que (BRASIL, 2012, p.13):

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas

instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Tal perspectiva de atendimento traz à tona a necessidade do enfrentamento de condições e situações bastante complexas, que não se restringem ao âmbito da saúde. Assume enquanto governo, a partir dessa colocação como política de cuidado, um compromisso político-social com a população em situação de rua e reitera que “*estar na rua* é pressuposto político, econômico e social” (GONDIM, 2018, p. 209).

Essa mudança de paradigma é importante também para a condução e construção das práticas de cuidado dos profissionais voltadas muito mais para o âmbito da Atenção Básica do que para o campo da Saúde Mental, promovendo a circulação da população em situação de rua pela rede e sendo o elemento de conexão entre a rua e os serviços disponíveis. Atendendo assim muito mais ao objetivo do Consultório na Rua, que é a integralidade do cuidado das pessoas e de suas demandas em saúde, saindo da perspectiva de “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua” como coordenador do cuidado (MACHADO e RABELLO, 2022).

Em 2019, segundo Machado e Rabello, haviam em funcionamento no Brasil 165 equipes de Consultório na Rua. Já em 2023, de acordo com os dados do Ministério da Saúde eram 201 Equipes de Consultório na Rua (eCR) em atividade no país nas mais diversas regiões. Esses números indicam primeiro um crescimento no número total de equipamentos de saúde voltados especificamente para essa população, entretanto, tal necessidade de ampliação também evidencia o “boom” do aumento da população em situação de rua desde a criação da Política Nacional em 2012 e, por isso, a necessidade de ampliar os atendimentos pelo país.

Em 16 de Janeiro de 2024, é sancionada a Lei 14.821 que institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua. Ela destina-se a promoção dos direitos humanos de pessoas em situação de rua ao trabalho, à renda, à qualificação profissional e à elevação da escolaridade. Tal legislação cria os Centros de Apoio ao Trabalhador em Situação de Rua (CatRua) que tem por objetivo oportunizar orientação profissional, qualificação e inserção no mercado de trabalho às pessoas em situação de rua.

Os CatRua deverão atuar a partir dos seguintes eixos estratégicos (BRASIL, 2024, p.5):

incentivos à geração de empregos e à contratação de pessoas em situação de rua; iniciativas de fomento e de apoio à permanência para qualificação profissional e elevação da escolaridade; facilitação do acesso à renda e incentivo ao associativismo e ao empreendedorismo solidário, por meio de implantação de política nacional e desburocratizada de acesso ao microcrédito.

Além disso, os CatRua deverão ter equipe multiprofissional visando abarcar e realizar as ações previstas na Lei e que permita a construção de um plano individualizado que respeite o perfil profissional do trabalhador em situação de rua e suas dificuldades de adaptação ao mercado de trabalho. Os profissionais do dispositivo farão acompanhamento dos trabalhadores em situação de rua antes, durante e após o vínculo empregatício em que os mesmos foram alocados, se for necessário caso haja a necessidade de realocação por perda do emprego desse trabalhador (BRASIL, 2024).

É importante destacar como mudou a percepção da necessidade de quais tipos de cuidado necessitavam a população em situação de rua e a importância de oportunizar o acesso a diversas esferas da rede de saúde e assistência social. Necessitando produzir o diálogo e o trabalho conjunto entre dispositivos do SUS e do SUAS. O boom da população em situação de rua no país tornou-se um desafio para os gestores porque incide na necessidade do crescimento no investimento de toda a rede das políticas de seguridade social, num melhor e maior planejamento das ofertas dos serviços públicos, mas também urge na busca por criações e mais investimento em políticas habitacionais (IPEA, 2023).

## **A PROPOSTA PARA AS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA**

As eCR hoje funcionam com carga horária mínima de 30 horas semanais, podendo ter o seu horário de funcionamento diurno e/ou noturno em todos os dias da semana. Cada equipe pode ser responsável por um território com população mínima de pelo menos 80 pessoas e no máximo 1000 indivíduos (BRASIL, 2012a). Segundo o Ministério da Saúde, existem atualmente, previsto em lei, três modalidades possíveis de eCR (BRASIL, 2023, p.1).

eCR modalidade I: Equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e os demais entre aqueles os Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e

profissional com formação em Arte e Educação.

eCR modalidade II: Equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e os demais entre aqueles os Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação.

eCR modalidade III: composição da equipe de eCR Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Importante salientar que o cenário atual de percepção da priorização de cuidados para essa parcela populacional é bem diferente do cenário de 8 anos atrás. Medeiros e Cavalcante (2018), em seu estudo, nos possibilita perceber que o crescimento da implantação das equipes foi lento e gradativo, visto que a partir de 2015, por exemplo, as restrições fiscais e as fragilidades do pacto federativo constituíram as principais barreiras para a implementação de mais eCR na ótica dos gestores federais e municipais.

O desenvolvimento de ações mais voltadas para as pessoas em situação de rua tem sido retomado com mais ênfase pelo Governo Federal a partir de 2023 e tem no lançamento do Plano “Ruas Visíveis, pelo direito ao futuro da população em situação de rua” o objetivo de promover a efetivação da Política Nacional para a população em Situação de Rua. Tal medida tem a pretensão de ampliar o número de eCR para 660 até o ano de 2026, desenvolver e lançar o Programa Nacional Moradia Cidadã, que visa oferecer acesso à moradia com apoio de especialistas para a superação da situação de rua (BRASIL, 2023).

Falando especificamente do cenário de trabalho do pesquisador, Fortaleza é a capital do Estado do Ceará e é o polo da Superintendência Regional de Saúde, dispositivo este responsável por implementar as políticas de saúde do estado nos seguintes municípios: Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel. A cidade tem atualmente, segundo o IBGE em 2022, 2.428.708 habitantes. O município, segundo dados atualizados da Prefeitura de Fortaleza (O POVO, 2024), conta no escopo da atenção primária hoje com 134 unidades básicas de saúde em funcionamento e 6 equipes do Consultório na Rua de perfil III para as 6 regionais de saúde correspondentes que há na cidade.

Tal número sobre o CR mostra que Fortaleza está em consonância com o plano de ampliação das equipes na esfera federal, visto que saiu de uma para seis equipes em 2023 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2023). É importante ressaltar que todas as equipes

de Consultório na Rua encontram-se hoje sob gestão operacional do Instituto Cisne, Organização Social parceira da Prefeitura de Fortaleza na prestação de serviços da Atenção Primária municipal. São ao todo 66 profissionais que compõem as eCR, sendo igualmente distribuídos 11 trabalhadores por cada equipe - nas mesmas categorias profissionais já descritas anteriormente no processo de descrição da eCR 3 de Fortaleza.

## **A RELEVÂNCIA DA PESQUISA**

Para além do desejo como ato relevante para mover a elaboração de um projeto de pesquisa, a temática a ser estudada é relevante por haver três tipos de justificativas para estudá-la: políticas, sociais e científicas. No âmbito político, vivemos a efervescência do investimento da esfera federal nas políticas públicas, visando principalmente a formulação de um plano de cuidados integral e com a busca de acesso aos direitos humanos básicos para as pessoas em situação de rua.

O Plano “Ruas Visíveis” lançado pelo Governo Federal, com o investimento inicial de R\$ 982 milhões, planeja elaborar ações que abordem sete eixos específicos: Assistência Social e Segurança Alimentar; Saúde; Violência Institucional; Cidadania, Educação e Cultura; Habitação; Trabalho e Renda; e Produção e Gestão de Dados (BRASIL, 2023). É importante, enquanto profissionais e pesquisadores do SUS, que possamos dar suporte, inclusive teórico, a essas ações para que ajudem a mudar a realidade social dessa parcela populacional, historicamente excluída.

Além dessa mudança de ares na esfera federal, há a necessidade do fortalecimento de uma formação ético-política pautada no engajamento de profissionais com o viés multiprofissional, pautados num cuidado comunitário e transdisciplinar como estratégia chave para a defesa e construção do SUS. Segundo Da Silva e Dalbello-Araujo (2022, p. 1255) há, em meio a formação para a saúde, a “hegemonia do modelo biomédico na saúde e precarização das condições de trabalho e estrutura dos serviços”. Necessita-se da construção de arcabouço teórico que fundamente e oriente a formação, na perspectiva interprofissional e de rechaço ao modelo biomédico do cuidado, das práticas consagradas e hegemônicas no modo de cuidar dentro dos processos formativos.

As recentes mudanças no modelo assistencial da Atenção Primária em Saúde também ameaçam o trabalho na perspectiva multiprofissional. O enfoque no modelo de

pronto atendimento produz um cuidado que não condiz com o histórico de atuação dentro da Estratégia Saúde da Família e o enfraquecimento do cuidado pautado no território vivo e nos cuidados comunitários, contribui para o descumprimento dos princípios do SUS. Além disso, houve também a mudança no modelo de financiamento da APS provocada pelo Previde Brasil que favorece o aumento das desigualdades em saúde e foi um marco de retrocesso na busca pela universalidade de acesso a saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2020; MASSUDA, 2020).

As diretrizes de funcionamento do CR defendem a forma de cuidado integral, multidisciplinar e comunitário, que entende a rua também como um espaço de possibilidades de cuidados comunitários e não só de vícios e adoecimentos. Neste sentido, Machado e Rabello (2022) enfatizam em seu estudo a necessidade de uma melhor relação entre as instituições de ensino e pesquisa e as eCR para a formação de profissionais, que estejam em sintonia com as demandas e necessidade da população em situação de rua.

A justificativa social se pauta na necessidade de fortalecimento de embasamento científico das ações das eCR, em prol da maior resolutividade e do acolhimento às demandas trazidas pelo público-alvo do Consultório na Rua, e no aumento das discussões na área para, inclusive, promover a melhor capacitação dos profissionais atuantes nos serviços. Segundo os dados mais atualizados produzidos pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BRASIL, 2024), há em Fortaleza cerca de 8404 pessoas vivendo em situação de rua e a atuação das equipes de Consultório na Rua torna-se cada vez mais primordial para o bom funcionamento da rede de saúde, buscando a maior integração possível com as outras redes de suporte.

Sobre a relevância anteriormente apresentada, esta entra em consonância com o que pensa o Governo Federal em sua premissa de investimentos públicos com o lançamento do Plano “Ruas Visíveis” para a busca da superação de rua dessa parcela populacional. Há a perspectiva de investimento na formação de profissionais especializados para a atuação nas eCR, além da promoção de processos formativos visando a qualificação das práticas, a formação de redes colaborativas e a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua (BRASIL, 2023, p.1).

SAÚDE – Nesse eixo, os investimentos iniciais são de R\$ 304,1 milhões. Entre as iniciativas, o aprimoramento do atendimento em saúde; a formação de 5 mil profissionais que atuam no cuidado às pessoas em situação de rua em

diferentes municípios brasileiros, promovendo a qualificação das práticas, o trabalho interprofissional, a abordagem territorial, a formação de redes colaborativas, a comunicação e a educação popular em saúde para a garantia do direito à saúde da população em situação de rua; a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua; o fortalecimento de equipes de Consultório na Rua; e a rearticulação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua.

Também integram as iniciativas a orientação das maternidades e hospitais da rede de atenção materno-infantil para atendimento das pessoas em situação de rua no ciclo gravídico-puerperal com ênfase na proteção e promoção do direito de estabelecimento de vínculos gestante-bebê; e a ampliação das Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, com formação específica dos trabalhadores para atendimento à população em situação de rua; a meta é de 52 novas unidades ao ano.

A gestão em Fortaleza da APS e da Atenção Psicossocial é feita pela Coordenadoria das Redes de Atenção Primária e Psicossocial. Além dos equipamentos pertencentes a Rede de Atenção à Saúde (RAS) anteriormente já citados, cabe citar que atualmente em Fortaleza funcionam quatro Centro de Especialidades Odontológicas, quatro Policlínicas, dois CAPS Infantil, seis CAPS Geral, sete CAPS AD e cinco Unidades de Acolhimento (FORTALEZA, 2022).

Há também a necessidade de se avançar nos modos de produção do cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial em Fortaleza. Marinho (2010) e Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), sinalizam em seus achados a insuficiência dos equipamentos em relação a grande demanda de usuários dos serviços no município, da necessidade de fortalecimento da RAPS e da formação específica dos trabalhadores para a rede. No texto de 2016, os autores relatam a necessidade da implementação de um cuidado operado no território, de práticas que entendam esse espaço como produtor de saúde.

Tais percepções coadunam com a percepção governamental da necessidade existente para o fortalecimento de uma rede de cuidados que incluam as demandas de maneira integral e territorial da população em situação de rua, sem práticas institucionalizantes e que rompam o modelo asilar/psiquiátrico presente na RAPS municipal de Fortaleza (NUNES, GUIMARÃES E SAMPAIO, 2016). Tivemos dificuldade de encontrar, nas plataformas de pesquisas utilizadas, estudos que falem especificamente da história do Consultório na Rua de Fortaleza e de sua construção no município, já demonstrando um primeiro indicativo de que a pesquisa apontará para a necessidade de produções históricas acerca da temática.

Há na realidade local de Fortaleza o Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) que pesquisa de maneira bastante atuante o fenômeno da situação de rua, suas complexidades e especificidades. Porém, tivemos dificuldade de encontrar nas plataformas de pesquisa utilizadas no estudo, obras do núcleo que abordassem o Consultório na Rua de Fortaleza. Foram encontrados estudos do NUCOM que feitos junto as eCR de Natal-RN.

Dentro do bloco da relevância do projeto, há a defesa da importância pela ótica da justificativa científica. Há ainda pouco debate sobre as práticas, história e composição das eCR's e necessitamos de mais pesquisas que orientem uma prática baseada em evidências e que ajudem na maior resolubilidade de problemáticas enfrentadas no dia a dia de atendimentos. Utilizando-se da Biblioteca Virtual em Saúde como plataforma de pesquisa, foram encontrados somente 74 textos completos na pesquisa inicial feita sobre o tema utilizando os descritores “Pessoas em situação de rua” e “População em situação de rua”, além do termo livre “Consultório na Rua”.

Há ainda muito preconceito sobre as práticas de atendimento do Consultório na Rua pela população, pelos próprios profissionais e um reducionismo, muitas vezes gritante, acerca das demandas dessa parcela populacional serem taxadas somente como pertencente ao âmbito da saúde mental. Expor as discussões e fortalecer esse debate é um ato político na construção de um SUS que atenda ao princípio da equidade e da integralidade do cuidado.

Esta pesquisa visa contribuir para a possível formulação de novas pesquisas e formações para a área mais eficazes, bem como para o desenvolvimento de práticas clínicas mais adaptadas e sensíveis às necessidades das pessoas em situação de rua. Através da revisão integrativa das pesquisas existentes, pretendemos oferecer percepções que possam enriquecer o debate da academia sobre o Consultório na Rua e levá-lo para a prática na promoção dos princípios do SUS, de maneira crítica e embasada cientificamente.

A vivência dos atendimentos e das leituras sobre o Consultório na Rua suscitou-me alguns questionamentos acerca do processo de produção de pesquisas sobre o tema: Como podemos qualificar o debate sobre as práticas das eCR? Que categorias temáticas mais são tratadas nos estudos vigentes? Quais competências o profissional da Psicologia deve possuir para atuar nas eCR? Essas foram as perguntas que moveram e ajudaram a fomentar a seguinte questão de partida deste projeto.

## **PERGUNTA DA PESQUISA**

O que já foi discutido e o que pode ser debatido atualmente na literatura sobre o Consultório na Rua?

## **OBJETIVOS**

**Objetivo principal:** analisar quais temáticas perpassam a produção científica sobre o Consultório na Rua no período de 2012 a julho de 2024.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar categorias que permeiam a literatura existente sobre o assunto;
- Compreender as especificidades dos estudos e discussões pendentes sobre o Consultório na Rua, a partir da percepção do pesquisador na dicotomia entre teoria e prática.

## **MÉTODO**

O problema levantado por esta pesquisa está delimitado e caracterizado obedecendo as percepções obtidas pelo pesquisador enquanto trabalhador do SUS imerso em suas nuances. Gomides (2002) nos indica que no ato de delimitar o problema de pesquisa o pesquisador deve conhecer o recurso tecnológico a ser usado para responder a esta problemática. Devemos, no ato da problematização, vislumbrar qual percurso metodológico precisará ser percorrido para dar conta do fenômeno que se pretende investigar.

Esta pesquisa se propõe a realizar uma revisão integrativa da literatura existente sobre o Consultório na Rua, buscando assim fazer uma síntese do conhecimento existente e produzido sobre a temática em seus diferentes contextos urbanos. Segundo Sonaglio *et al.* (2019), a revisão integrativa se caracteriza por ser uma estratégia que possibilita ao pesquisador sumarizar os resultados sobre um conjunto de pesquisas do mesmo tema, viabilizando assim a explicação de um fenômeno mais abrangente a partir da síntese dos seus achados. Exatamente por possibilitar essa condensação, buscaremos descrever as possíveis aplicações do resultado do estudo no mundo prático do trabalho em formato de cartilha, para o contexto específico de atuação do pesquisador.

Foi escolhida a revisão integrativa da literatura por ser um caminho que circula entre o mundo do trabalho e a visão existente da ciência, facilitando produzir o

paralelo que se deseja para a elucidação dos objetivos traçados e da resposta da pergunta de partida feita para o projeto. Souza, Silva e Carvalho (2010, p.105) destacam que a “revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico”.

Segundo Dantas *et al.* (2021) são seis os passos necessários para a construção de uma revisão integrativa da literatura: a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; extração de dados ou categorização; análise crítica dos estudos incluídos; interpretação dos dados; apresentação da revisão integrativa. Nesse caminho traçado para elucidar a aplicação dessa metodologia, as autoras enfatizam a necessidade de uma linguagem clara e objetiva para ajudar o leitor na compreensão do que está sendo exposto na pesquisa. Se necessário, trazer informações gráficas e/ou tabelas, que facilitem a visualização dos resultados.

Dentre as possibilidades que a revisão integrativa traz em sua produção estão as discussões sobre os métodos e resultados das pesquisas, além de possibilitar problematizar e refletir sobre a realização de futuros estudos (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008). Algo que pretendemos com o presente estudo é produzir possibilidades de novos estudos na área, que embasem ainda mais as práticas de cuidado integrais, humanas e comunitárias nas atuações das eCR.

A delimitação da temática sobre o Consultório na Rua se dá pela aproximação atual com o trabalho do pesquisador enquanto profissional do SUS atuante nesse projeto de cuidado e em meio aos processos de questionamentos internos, e em equipe, sobre as possibilidades de produção da prática da clínica ampliada no cenário da rua para a população em vulnerabilidade social. Sobretudo, há em meio a isso a implicação ética de uma pesquisa que nasce do trabalho com o povo e a favor das classes oprimidas (HAGUETTE, 1997).

Seguiremos no processo de construção da pesquisa o passo a passo da construção de uma pesquisa integrativa citado por Dantas et al. (2021), visando primeiro construir um arcabouço teórico robusto para facilitar a discussão e análise crítica dos elementos encontrados na temática estudada. Possibilitando talvez perceber categorias de aproximação entre os estudos e os conceitos trazidos por estes, além de possibilitar a sugestão de possibilidades a serem estudadas.

O processo de análise crítica dos materiais foi feito sob a ótica da análise de conteúdo de Bardin (1977, p. 42), que consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando 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 (variáveis inferidas) destas mensagens.

Em nosso caso, tais mensagens tratam-se das temáticas presentes nos materiais selecionados nas plataformas de pesquisa que fizemos as buscas. Utilizamos em nosso percurso as três fases do caminho metodológico da análise de conteúdo de Bardin (1977): a pré-análise; a exploração do material; e, por último, o tratamento e a interpretação dos resultados. Tais passos nos ajudaram a produzir uma “vigilância crítica” (MENDES E MISKULIN, 2017) diante dos dados e um rigor metodológico acerca da escolha dos materiais.

A busca pelos materiais a serem escolhidos para a pesquisa foi utilizando as plataformas de pesquisa BVS, PubMed e SciELO por serem de livre acesso e com uma vasta abrangência de publicações brasileiras e internacionais, tal percurso de procura iniciou-se em maio de 2024 e findou-se no mês de julho do mesmo ano. A análise inicial dos dados coletados ocorreu através da síntese, comparações e discussões das informações elencadas dos textos encontrados como amostra para a pesquisa, visando elucidar as respostas à questão levantada pelo presente estudo. Além disso, foi verificado no DeCS/MeSH quais descritores em Ciências da Saúde encaixavam-se com a temática da pesquisa.

Os critérios de seleção dos materiais adotados para a pesquisa foram todos os formatos, mas que possuíam resumos e textos completos disponíveis para serem analisados; publicações em português, inglês e espanhol; pesquisas com produção a partir de 2012 até julho de 2024, por ser o ano que se iniciou a implantação da Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua; e obras que contemplassem a temática em estudo.

Os descritores em saúde foram “Pessoas em Situação de Rua”, “População em situação de Rua” e “Ill-Housed Persons”, sendo esse último um descritor em inglês para buscas na PubMed; além dos termos livres “Consultório na Rua” e “Street Clinic” (também restrito somente a plataforma de pesquisa norte americana por ser a tradução para a língua inglesa geralmente utilizada) utilizados para refinar o olhar sobre as experiências no foco que queremos analisar.

Como critérios de exclusão utilizamos as premissas de que não seriam analisados textos incompletos ou indisponíveis online; pesquisas em outros idiomas sem ser os mencionados anteriormente; produções anteriores ao ano de 2012; e que não abordassem experiências ligadas estritamente as eCR ou trouxessem somente o CR como

resultado/conclusão da pesquisa. E, ainda estudos caracterizados como revisão de literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa inicial na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde utilizando somente os descritores em saúde “Pessoas em Situação de Rua” e “População em Situação de Rua”, por conta da impossibilidade numa primeira busca com a aplicação dos critérios de seleção, trouxe como resultado mais de 10000 textos, que em sua maioria não abordavam a perspectiva de cuidado do Consultório na Rua e, sim, outras vertentes de atendimento às pessoas em situação de rua. Com a percepção de incompatibilidade da maioria das pesquisas com a temática desejada, foi decidido por um novo comando, que ajudasse a nos delimitar melhor a nossa amostra de pesquisa.

Entretanto, na nova busca avançada implementada pelo pesquisador na plataforma da BVS, agora incluindo a separação por período de tempo (2012 a julho de 2024) e de línguas-alvo, notou-se uma redução de quase metade dos textos da busca anterior e, ainda um alto número de publicações com a mesma incompatibilidade de temas dos estudos em relação ao objetivo desta pesquisa. Foi então que decidimos adicionar o termo livre “Consultório na Rua”, além de continuarmos utilizando os caminhos de pesquisa apontados na metodologia, com essa adição foram encontrados cerca de 74 textos que obedeceram aos critérios iniciais propostos pelo pesquisador.

Após uma primeira fase de análise percebemos que o número real de textos que não aparecem de maneira repetida, após os comandos de filtros da pesquisa, se reduziram para um total de 65 textos. Em nossa segunda fase de análise foi percebido que a primeira amostra da pesquisa ficou delimitada em 44 obras, tal diminuição ocorreu após a leitura na íntegra dos textos e não somente dos resumos. Tal passo foi dado utilizando-se o rigor metodológico da “vigilância crítica” (MENDES E MISKULIN, 2017) para a produção dos dados utilizados na pesquisa. Foi identificado que alguns desses materiais encontrados ainda encaixavam-se no filtro de exclusão de pesquisas, ou seja, que não abordassem somente experiências relacionadas ao Consultório na Rua.

Na plataforma PubMed, utilizando a metodologia anteriormente relatada para delimitação da amostra do estudo, tivemos 8 textos encontrados. Somente 1 não estava presente na pesquisa feita pela BVS - **“Street Clinics and the Healthcare of Vulnerable Homeless Communities in Brazil: A Qualitative Study”**. Na SciELO, com os mesmos

filtros de busca, foram encontrados 6 artigos e 2 textos, que atendiam aos parâmetros de inclusão à bibliografia da amostra – “**Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão**”; e “**Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro**”.

Segue abaixo a tabela com todos os comandos colocados pelo pesquisador na base de dados pesquisadas.

**Quadro 1:** Estratégias de buscas na BVS, PubMed e SciELO. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

<b>Estratégia de buscas</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Publicações encontradas</b>
(mh:("pessoas em situação de rua")) AND (mh:("População em situação de rua"))	BVS	10951 publicações
(mh:("pessoas em situação de rua")) AND (mh:("População em situação de rua")) AND (fulltext:("1")) AND (year_cluster:[2012 TO 2024]) AND (la:("en" OR "pt" OR "es")) AND (year_cluster:[2012 TO 2024])		5506 publicações
(mh:("pessoas em situação de rua")) AND (mh:("população em situação de rua")) AND ("Consultório na Rua") AND (fulltext:("1" OR "1" OR "1" OR "1" OR "1") AND la:("pt" OR "en" OR "es")) AND (year_cluster:[2012 TO 2024])		74 publicações
("Ill-Housed Persons"[MeSH Terms]) AND ("street clinic"[Title/Abstract]) AND (fulltext:("1" OR "1" OR "1" OR "1" OR "1") AND la:("pt" OR "en" OR "es")) AND (year_cluster:[2012 TO 2024])	PubMed	8 publicações
("Pessoas em situação de rua") AND ("População	SciELO	6 publicações

em situação de rua") AND ("Consultório na Rua")		
---	--	--

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

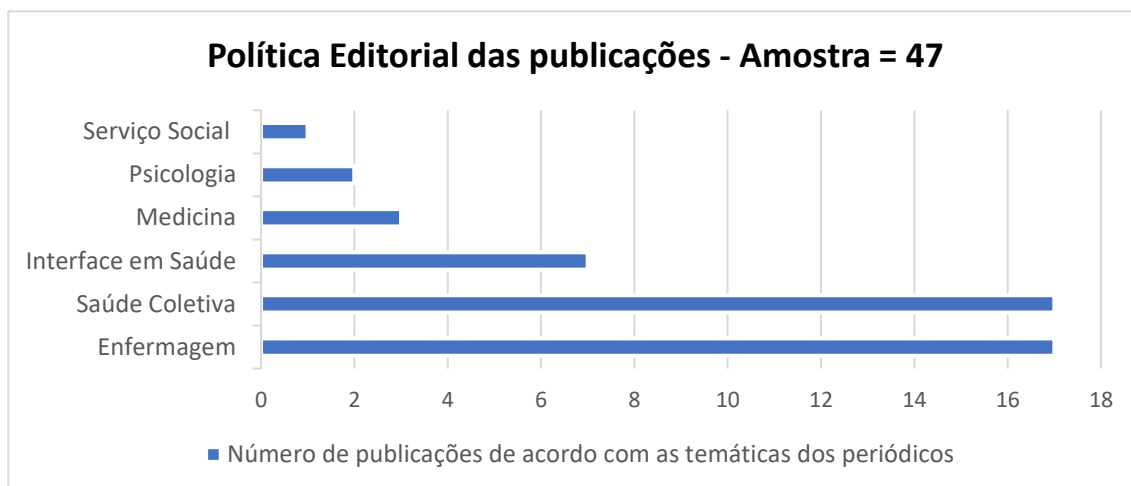
Ao final das buscas, a amostra de pesquisa encontrada foi de 47 textos a serem lidos e analisados. No percurso da pesquisa foram encontrados quatro estudos focados nas revisões de literatura, mas que enquadravam-se nos filtros de exclusão da amostra de pesquisa.

Brandau; Monteiro e Braile (2005) destacam que para uma palavra-chave virar um descritor “ela tem que passar por um rígido controle de sinônimos, significado e importância na árvore de um determinado assunto”. É importante destacar que os termos livres “Consultório na Rua” e “Street Clinic” ainda não serem considerados descritores de pesquisa oficiais, para este estudo demonstraram a importância de considerá-los, como forma da obtenção de textos específicos para o tema, propiciando a aproximação do mundo da prática do trabalho com a academia, para produzirmos um melhor cuidado da população em situação de rua, baseado em evidências científicas e voltados para a equidade e integralidade da atenção a saúde das pessoas em situação de rua.

Das 47 pesquisas selecionadas (Apêndice 1) percebe-se o seguinte cenário: na BVS encontra-se um livro, uma tese de doutorado, uma dissertação de mestrado, um trabalho do Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo e 40 artigos de diferentes revistas nacionais e internacionais; no PubMed há 1 artigo no International Journal of Environmental Research and Public Health; no SciELO foram encontrados 2 artigos publicados, sendo um no Caderno de Saúde Coletiva e outro na revista Saúde em Debate.

Segue abaixo o gráfico com a política editorial, e os quantitativos, de acordo com os periódicos em que foram publicados:

**Gráfico 1:** Política editorial de acordo com os periódicos em que foram publicados. São Carlos, SP, Brasil, 2024.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

Importante elucidar que nomeamos como Interface em Saúde as publicações que foram publicadas em periódicos que tinham em suas diretrizes de publicação a interface entre várias áreas da saúde, sem nomear que eram estudos no campo da Saúde Coletiva, por exemplo. Destaca-se, nas base de dados pesquisadas, como categoria profissional, que mais publica a respeito do Consultório na Rua, a Enfermagem. Trazendo dentre outros assuntos também contribuições acerca de sua prática profissional e da percepção dos profissionais e de usuários sobre o CR.

Todos os textos têm menos de 10 anos de publicação, iniciando a incidência de publicações encontradas sobre a temática no ano de 2015 e as mais recentes datando de 2024. Segue abaixo o gráfico com o quantitativo dos materiais publicados anualmente:

**Gráfico 2:** Número de publicações por ano. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

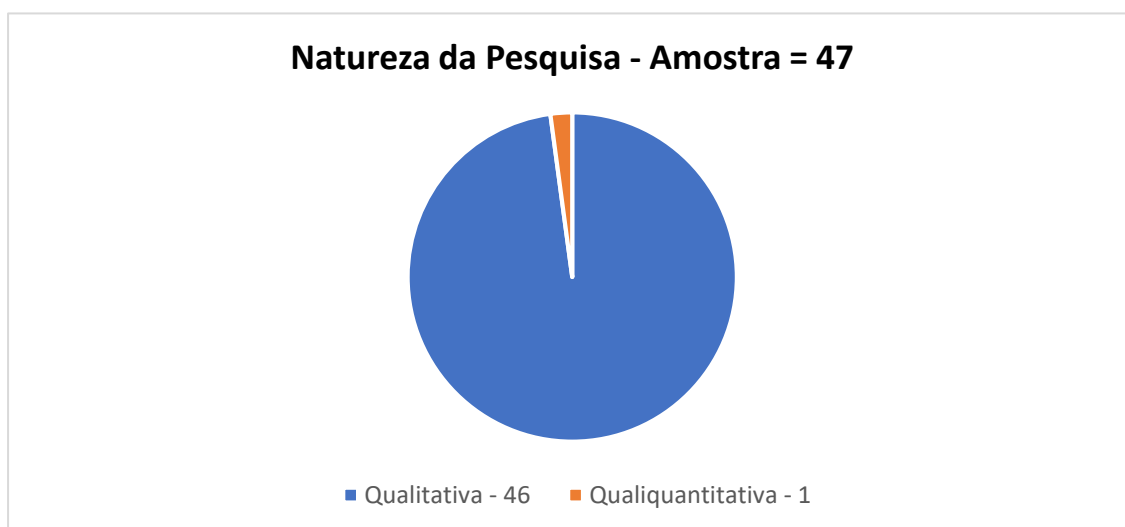


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

Quase todos os textos são de natureza qualitativa, exceto o trabalho “**Atenção**

**em Saúde Bucal para pessoas em situação de rua – Um componente do Consultório na Rua”** que está na metodologia mista qualiquantitativa (foi efetuado um diagnóstico situacional como metodologia no estudo). O método de coleta de dados mais utilizado foi a combinação de diferentes métodos qualitativos, envolvendo observação participante, entrevistas semi-estruturadas, análises de documentos e grupos focais. Segue abaixo o gráfico sobre a natureza dos materiais.

**Gráfico 3:** Números da natureza das pesquisas publicadas. São Carlos, SP, Brasil, 2024.

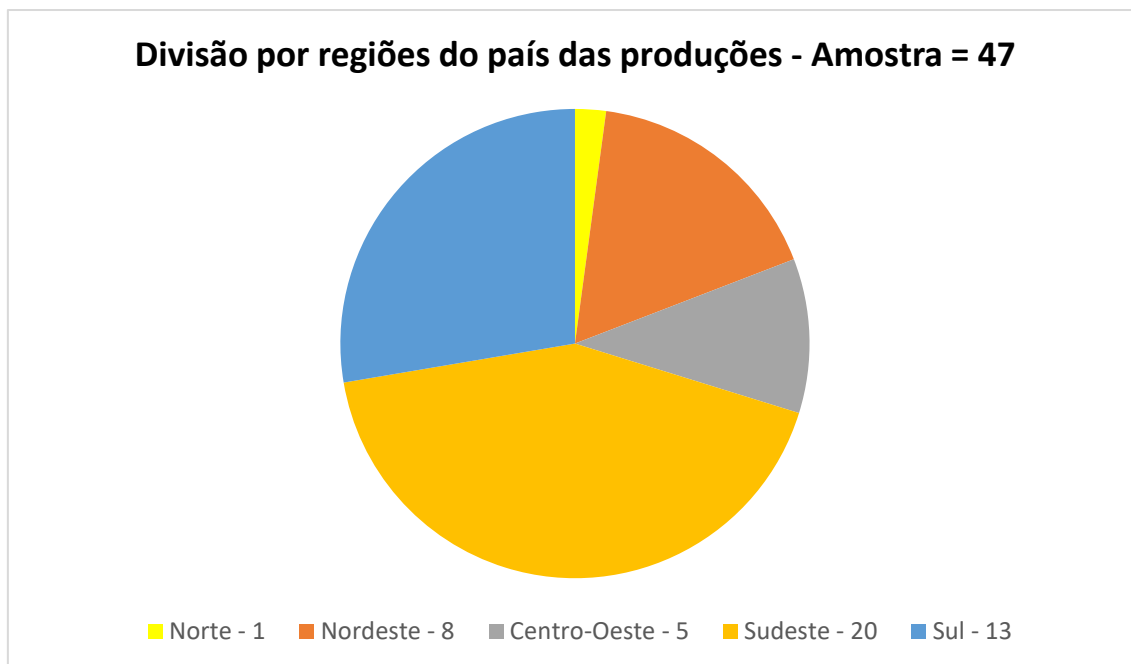


**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

Interessante notar que nas plataformas pesquisadas houve dificuldade de encontrar pesquisas que abordassem de maneira quantitativa questões relacionadas ao Consultório na Rua, sendo um indicativo de possível falta de pesquisas dessa natureza que visem destacar algum fenômeno relacionado ao trabalho no CR.

Os autores com mais publicações nas referidas plataformas de busca, com 3 obras cada, foram Enver Lamarca Oliveira Santos (Psicólogo do Consultório na Rua de São Paulo); Fabiana Ferreira Koopmans (Professora de Enfermagem da UERJ), Maria Terumi Maruyama Kami (Enfermeira na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba) e Maira Sayuri Sakay Bortoletto (Docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina). Segue abaixo o número de estudos divididos pelas regiões do país em que foram produzidos:

**Gráfico 4:** Números divididos pelas regiões do país em que foram produzidos. São Carlos, SP, Brasil, 2024.



**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

O gráfico acima reflete talvez a maior preocupação em termos de estudos, nas plataformas pesquisadas, com as práticas produzidas pelas eCR com esse contingente populacional nas regiões Sul e Sudeste do país. Segundo IPEA (2023), o maior contingente de população em situação de rua encontra-se na região sudeste e é de certa forma natural que haja mais pesquisas sobre o assunto nesse contexto. É válido questionar também se é somente coincidência a maior incidência de estudos nas regiões onde historicamente sempre houve mais financiamento para pesquisas no Brasil (JORNAL DA USP, 2020).

Realizada a leitura de todos os textos selecionados e seguindo os objetivos do presente estudo, podemos perceber que surge a necessidade de categorização das temáticas abordadas pelas pesquisas para trazer uma percepção mais ampla e sintetizada do que tem sido produzido no âmbito da saúde sobre o Consultório na Rua. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010, p.105) “a categorização pode basear-se no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como em alguma classificação conceitual pré-determinada”.

As categorias definidas foram: vulnerabilidade e estigmas; pelo direito do acesso universal a saúde; o território como espaço de cuidado em saúde; e a experiência de cuidar no Consultório na Rua.

## VULNERABILIDADE E ESTIGMAS

O conceito de vulnerabilidade costuma ser bem amplo e utilizado sob diversos prismas. No campo da saúde tal conceituação fica mais em evidência a partir da década de 1980 na tentativa de combate à epidemia do período que era o HIV/AIDS, mas atualmente tem seu significado mais ligado “a análise do processo saúde-doença e sua relação com as condições de vida das populações” (DIMENSTEIN E NETO, 2020, p.3). Bertolozzi *et al.* (2009, p.1327) destacam que “vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde”, algo que a população em situação de rua enfrenta de maneira extrema em suas vivências diárias.

Praticamente todos os estudos analisados abordam a questão das vulnerabilidades sociais das pessoas em situação de rua, seja apresentado como um elemento presente nas condições de vida enfrentadas ou pelos processos de estigmatização, pelo qual esses grupos de viventes passam. O processo de vulnerabilidade social enfrentado pela população em situação de rua traz interferência nas condições de acessibilidade e longitudinalidade da oferta de cuidado em saúde a esse grupo social, gerando ao usuário consequências, que variam desde o isolamento social à perda de autoestima, da crença em si mesmo e a piora de sua qualidade de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

A vulnerabilidade social muitas vezes tem trajetórias repetidas e também é perpassada pela violência contra as pessoas em situação de rua, principalmente contra as mulheres. Bombonatti *et al.* (2022, p.6) destacam em sua pesquisa que:

Apesar de suas singularidades, a história se repete: muitos saíram ou foram expulsos de casa por conta do uso intenso de substâncias psicoativas e, por estarem em situação de rua, continuam ou passam a usá-las; outros foram expulsos por conta de sua orientação sexual e identidade de gênero; e muitos por conta do desemprego.

Vulnerabilidade social e violência. Este subitem é marcado pela invisibilidade da população para a sociedade e pela violência cotidiana. Nesse contexto, as mulheres se destacam, pois são agredidas física e sexualmente pelos parceiros, resultando em gestações indesejadas e de risco.

Além da violência contra mulheres, no mesmo estudo, os autores destacam os diversos casos de violência vivenciados pela população em situação de rua, muitos dos casos tem como motivação simplesmente o fato das pessoas estarem nessa condição de vida. Ximenes *et al.* (2024) destacam que as opressões sofridas por essas pessoas são múltiplas: desde a violência institucional, policial à violação de direitos, preconceito e discriminação, dentre outras.

Tal panorama reforça a visão estigmatizada da sociedade sobre esse contingente populacional e traz à tona as raízes históricas desse preconceito, pois desde a abolição da escravatura os trabalhadores livres (escravos negros libertos, indígenas e brancos miscigenados que não eram senhores de terras) são considerados “vadios”. Com o passar do tempo, sobretudo no início do século XX, a essas pessoas foi incorporado o rótulo de “mendigos e vagabundos”, que eram alvo de criminalização e, por isso deveriam ter o seu comportamento corrigido, por meio da coerção policial ou pela internação em hospícios, por serem considerados inválidos socialmente (BORTOLETTO *et al.*, 2024).

Sobre tal histórico de preconceitos seculares e ainda bastante presentes atualmente em relação as pessoas em situação de rua, TEIXEIRA *et al.* (2019, p.93) destacam que o estigma é “uma construção social que representa uma marca no indivíduo, delegando a pessoa um status desvalorizado em relação aos demais membros da sociedade”. Goffman (1988) nos diz que há três tipos de estigmas: as abominações do corpo; as culpas de caráter individual; e os estigmas de raça, nação e religião.

Os três tipos de estigma costumam se encaixar nos diversos preconceitos desferidos a população em situação de rua. O primeiro refere-se principalmente as violências contra as minorias também presentes nas ruas e alvos históricos de violência da sociedade brasileira. O segundo remete ao olhar criminalizante sobre o uso de álcool e drogas das pessoas em situação de rua. O terceiro diz sobre o racismo escancarado nos números, já colocados anteriormente, da maioria desse contingente populacional pertencer a raça negra.

A violência contra travestis e transexuais já é historicamente alta no Brasil, principalmente quando se trata do contexto de vulnerabilidade da situação de rua. A acentuação das vulnerabilidades desse público na rua é causada, dentre outros fatores, pelo preconceito, discriminação, a falta de um pertencimento social ainda maior, violências físicas, psicológicas e sexuais, além da necessidade de sobrevivência financeira. O Ministério da Saúde, de maneira geral, só começa a observar essas pessoas em meados da década de 80 para adotar estratégias de enfrentamento ao HIV no período, mas, as necessidades de saúde desse segmento social são bem mais complexas que as IST's (SANTOS *et al.*, 2021). Sobre isso Santos *et al.* (2021, p.113) nos dizem que:

Conforme o desconforto e o sofrimento persistem com relação às características físicas, a automedicação com hormônios feminilizantes ou masculinizantes tem sido mais um item agravante do quadro de vulnerabilidade desse grupo. O uso dessas medicações, sem o devido acompanhamento médico e de saúde, está relacionado à ocorrência de acidente vascular cerebral, trombose e flebite. Além dos efeitos na saúde física, o não

reconhecimento do próprio corpo biológico afeta negativamente a saúde mental dessas pessoas.

A promoção de uma garantia mínima de direitos, como a existência do Consultório na Rua com práticas inovadoras de acompanhamento, preconiza promover não só o cuidado em saúde para essa parcela populacional, mas também a redução do estigma sobre esta e o reconhecimento como pessoas com direitos, possibilitando intervenções das eCR que visem construir ações promotoras do respeito as mais diversas possibilidades de ser no mundo.

As roupas rasgadas e a aparência suja, junto ao preconceito de profissionais de saúde e da própria população de maneira geral, são processos descritos pelos usuários como barreira de acesso na APS, por medo de não serem atendidos e, sim estigmatizados na busca por atendimento, levando muitas vezes à dificuldade de adesão aos tratamentos propostos, algo que muitas vezes já é descrito como extremamente presente na tentativa de produção do cuidado. A dificuldade das pessoas em situação de rua de seguirem o tratamento proposto pelas equipe é também causadora de mais vulnerabilidades à saúde da população em situação de rua (PINTO *et al.*, 2018; TIMÓTEO *et al.*, 2020).

## **PELO DIREITO DO ACESSO UNIVERSAL A SAÚDE**

O trajeto histórico dos cuidados às pessoas em situação de rua remete à própria construção da saúde pública no Brasil. Antes do advento do SUS, as pessoas sem carteira assinada no país não eram consideradas como dever do estado em termos de cuidados em saúde e só tinham direito a atendimento em instituições filantrópicas (MEDEIROS E CAVALCANTE, 2018). Instituições essas ainda presentes no cenário de Fortaleza e que ajudam no enfrentamento a situação de rua das pessoas que estão inseridas nesse contexto.

A saúde torna-se direito de todos e dever do Estado desde a Constituição Federal de 1988, é obrigação do poder público promover o acesso a direitos sociais, econômicos e à saúde de maneira universal no Brasil. A busca pela garantia de acesso a todos, de maneira integral e igualitária ao cuidado no âmbito da saúde é atualmente um dos maiores desafios aos gestores do SUS, tendo em vista as diversas especificidades existentes em nosso país (SILVA, MONTEIRO E ARAÚJO; 2018).

A implementação do SUS inicia-se em 1990, mas historicamente acaba não abarcando os princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado às pessoas em situação de rua (MEDEIROS E CAVALCANTE, 2018). Em 1999, os Consultórios

de Rua (CdR) são criados em Salvador, buscando a aproximação e o vínculo dos serviços de saúde Mental com a população de rua que faz uso de álcool e drogas. Somente com o passar dos anos, percebendo o fracasso da lógica de cuidado com esse público baseada na abstinência, buscou-se integrar os CdR à atenção primária em saúde. A mudança de nomenclatura para Consultório na Rua em 2012 completa essa transição de modelo de atenção à saúde, visando o cuidado integral e longitudinal dessas pessoas, tendo a atenção básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado (FRIEDRICH *et al.*, 2019).

A criação do Consultório na Rua visa acabar com a lacuna de atendimento às pessoas em situação de rua que existia dentro do SUS, buscando gerar o acesso à saúde de maneira integral e com equidade a estas pessoas, por meio de uma atuação com base no território e com a oferta de oportunidades de cuidado – e não a sua imposição e o controle dos corpos. As eCR visam promover: a sensibilização quanto a importância do cuidar de si e do autocuidado como prevenção em saúde; a retomada dos vínculos familiares, se possível; orientação e acesso aos outros serviços de saúde do SUS e de acesso ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS); da articulação e tensionamento da rede; e o agendamentos de consultas, dentre outros serviços (MACHADO E RABELLO, 2019; SANTOS E LOURENÇO, 2023).

As Unidades Básicas de Saúde apresentam burocracias para agendamentos de consultas e, muitas vezes, a exigência de documentos para o acesso a diversos serviços de saúde produz dentro do próprio SUS o processo de exclusão social, que geralmente faz com que a população em situação de rua sintam-se negligenciada, estigmatizada ou discriminada pelos profissionais dos serviços. Tais violências institucionais geram como consequência a desistência da busca de ajuda pelas pessoas, indo aos dispositivos de saúde somente quando não conseguem mais aguentar a dor que está lhes acometendo e os quadros já estão bem graves (XAVIER, 2022; BOMBONATTI *et al.*, 2022).

A estrutura da organização nos serviços de saúde produzem diversos entraves de acesso, das mais diversas ordens, e acabam gerando a baixa capacidade de acolhimento da Atenção Primária em Saúde a essa parcela populacional. Houve, a partir da implementação do nosso Sistema Único de Saúde a percepção da necessidade da preconização de um desenho diferente da oferta de atenção à saúde para pessoas em situação de rua, que abarcassem os princípios do SUS (MEDEIROS E CAVALCANTE, 2018; VARGAS E MACERATA, 2018; PAULA *et al.*; 2018). Sobre os entraves de acesso, temos notado em Fortaleza, em alguns momentos, pessoas que não estão em situação de rua tentando ter o atendimento do Consultório na Rua. Às vezes pela grande

espera de atendimento relatada nas UAPS e também por perceberem que a população em situação de rua acaba tendo, por exemplo, inclusive exames sendo feitos ao buscar o atendimento uma única vez.

É colocado abertamente pelos profissionais de saúde que compõem as eCR e pelas pessoas em situação de rua, que há dificuldades de acesso a diversos serviços do SUS e a falta de reconhecimento dessa parcela populacional como sendo cidadãos e possuidores de necessidades de saúde. Compreende-se que é preciso reconhecer o Consultório na Rua como um espaço de cuidado potente e produtor de cidadania. Os CR devem ser capazes de articular diversos cenários de integração com a APS, A RAPS e outros atores de cuidado do território, assim como podem buscar produzir ofertas terapêuticas de atenção à saúde fora de protocolos preestabelecidos e engessados (KAMI, 2015; SANTOS E CECCIM, 2018).

O Consultório na Rua deve ser a porta de entrada e o coordenador do cuidado da população em situação de rua na RAS, visando garantir e atingir a integralidade do cuidado dessas pessoas. Parafraseando Mendes (2011), devemos enquanto eCR ser equipes cooperativas com a rede, interdependentes, que ofertem uma atenção contínua e integral as pessoas, prestada de forma humanizada e com equidade, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

Tendo a redução de danos como norteador do cuidado por intentar trazer promoção de saúde, considera-se a singularidade dos sujeitos, as suas condições de vida e o meio social no qual está inserido. Busca-se sair do modelo biomédico de produção de práticas profissionais, criminalizante e moralizador, e visa-se produzir uma política de saúde que oferta cuidado, que considera as pessoas como protagonistas e corresponsáveis pelo seu cuidado, mesmo que em condições desfavoráveis como a rua (PAULA *et al.*, 2018; VIEGAS *et al.*, 2021). A implantação do CR invoca complexidades de atendimento a demandas biopsicossociais, que trazem desafios para profissionais e gestores. O processo de trabalho dos profissionais que compõem as eCR deve ser criativo, singular e inovador, buscando o respeito à dignidade e à cidadania das pessoas (MEDEIROS E CAVALCANTE, 2018; VARGAS E MACERATA, 2018).

É importante ressaltar o quão notoriamente lento foi o processo de construção e implementação do Consultório na Rua pelo país afora. Em 2012, ano da criação da Política Nacional para População em Situação de Rua, previa-se a implantação de 307 equipes de Consultório na Rua entre 262 municípios do país e no Distrito Federal, com população superior a 100 mil habitantes e que possuíam pelo menos 80 pessoas em

situação de rua. Passados quatro anos, em 2016, encontra-se o dado de que somente 80 municípios e o Distrito Federal haviam aderido à estratégia, com a implantação de apenas 115 eCR financiadas pelo Ministério da Saúde. A forma de custeio das eCR é realizado por meio de transferências mensais do Fundo Nacional – com o percentual de apenas 30% das cidades possíveis aderindo e de 37% das equipes elegíveis (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Segundo Medeiros e Cavalcante (2018), na ótica dos gestores federais foi possível perceber que a implementação do Consultório na Rua ocorre de maneira lenta e gradual porque passa pela necessidade de sensibilização dos gestores e da sociedade civil. Ambos os atores sociais citados não costumam enxergar o investimento em políticas públicas para o cuidado de pessoas em situação de rua como algo necessário e importante em nossa sociedade. Além disso, há a percepção de algumas outras barreiras para a implementação citadas pelos entrevistados no estudo: o financiamento do Governo Federal inadequado ao custeio do programa; indisponibilidade de profissionais de saúde para compor as eCR; inexistência de uma rede de cuidado à população em situação de rua nos municípios; principais normativas relacionadas ao Consultório na Rua com linguagem complexa e de difícil compreensão.

O crescimento da adesão ao Consultório na Rua pelos municípios passou a acontecer devido às estratégias de apoio e fomento adotadas pelo Ministério da Saúde, desde oficinas de sensibilização à realização de cursos de educação permanente para auxiliar os profissionais na prática diária de atendimentos no serviço. O maior aporte do financiamento federal também é um elemento importante de ser citado na expansão da estratégia pelo país (MEDEIROS E CAVALCANTE, 2018). A expansão para seis equipes em Fortaleza tem ajudado a trazer mais oferta de cuidados a população em situação de rua, mais sensação de pertencimento e de percepção do olhar não criminalizante das políticas públicas em relação a esse público na cidade.

Além de ser um processo lento e ainda em andamento, visto o que já trouxemos anteriormente referente a expansão das Equipes do Consultório na Rua no Plano “Ruas Visíveis”, ainda há um perfil bastante heterogêneo das equipes. São poucos os locais do país, por exemplo, que tem a inclusão do profissional Cirurgião-Dentista como componente das eCR. Em Curitiba, um dos locais aonde há esses profissionais inseridos nessa estratégia de cuidado, a Odontologia considera-se inclusive porta de entrada do serviço, pela problemática da saúde bucal ser uma demanda extremamente comum na população em situação de rua. Além disso, a vinculação dos usuários com os

Cirurgiões acaba rompendo barreiras de acesso como o medo, a dor e a dificuldade de acesso a saúde bucal em outros espaços de cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Destaca-se a saúde bucal como um dos serviços de maior dificuldade de acesso na APS, pois quando não há o Cirurgião Dentista presente nas eCR, muitas vezes o preconceito dos próprios profissionais se constitui a barreira de acesso nas UBS. Sobre isso, Silva, Monteiro e Araujo (2018, p.288) destacam em seus achados, que muitos dos trabalhadores da atenção primária em saúde, não somente dentistas, trazem rotulações e estereótipos preconceituosos acerca da população em situação de rua:

Surgiram referências aos moradores de rua como “usuários de drogas”, “fugitivos”, “revoltados”, “de difícil abordagem”, “imediatistas”, “desconhecedores de seu estado de saúde”, “necessitados só de tratamentos complexos”, “confusos com horários”, “sem possibilidade de higienização e manutenção de sua saúde nas ruas”, entre outros rótulos.

Além do mais, esses rótulos, ao dificultarem o acesso da PSR aos cuidados de saúde, podem justificar a habitualidade e naturalidade da prestação de atendimentos de urgências para essa população.

As barreiras de acesso, como as trazidas anteriormente, costumam invisibilizar também para o sistema de saúde essa parcela populacional que por isso acaba se afastando dos serviços. O papel do Consultório na Rua é de ser um serviço de portas abertas, que promove o acesso e a resolutividade no cuidado em saúde e acolhe as pessoas, abarcando o princípio da universalidade da atenção à saúde. O CR de Manguinhos, no Rio de Janeiro, por exemplo, tem autorização para transportar as pessoas em situação de rua em seu carro para a internação ou buscando dar acesso a outros dispositivos da rede, promovendo assim a integralidade do cuidado a elas (ENGSTROM E TEIXEIRA, 2016).

É importante pontuar que a dinâmica de implementação de uma política pública é bastante complexa, não se encerra na sua etapa de formulação e está em constante reforma, principalmente por se tratar de uma parcela popular tão heterogênea, com demandas tão variadas e volante. Necessita-se sempre avaliar o processo da construção para a ampliação da cobertura do que pretende-se atingir para o melhor aprimoramento e correção do que está sendo produzido de prática em saúde no cenário do Consultório na Rua (MEDEIROS E CAVALCANTE, 2018; VARGAS E MACERATA, 2018).

Neste contexto da produção das práticas, a estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) tem importância ímpar por ser o registro informatizado de dados de saúde dos atendimentos das equipes. O conhecimento por parte dos trabalhadores acerca da sua correta utilização, permite a potencialização do planejamento local da gestão do cuidado

dos municípios, desencadeando no aperfeiçoamento dos processos de trabalho das equipes. Estudos apontam que há deficiência de aptidão tecnológica entre os profissionais de saúde, resistência ao uso de tecnologias e o desconhecimento do quão útil é a e-SUS APS para a melhoria da qualidade dos atendimentos em saúde à população de rua. Dar um sentido na utilização do prontuário eletrônico é dar um novo significado também para as práticas produzidas pelas eCR (VALE *et al.*, 2022; VALE *et al.*, 2023; KAMI, 2015; KAMI *et al.*, 2016).

## **O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE CUIDADO EM SAÚDE**

Compreender substancialmente o conceito de território e a importância da sua percepção é importante para potencializar as práticas de prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação no âmbito da vigilância em saúde. Gondim e Monken (2017, p.22) definem território como “o espaço delimitado, produzido pela sociedade, no qual existem múltiplos objetos geográficos (naturais e construídos), atores sociais – pessoas (indivíduos e grupos) e instituições –, relações (fluxos) e poderes diversos”.

Além disso, os autores (GONDIM E MONKEN, 2017, p.33-34) compreendem que o território pode ser agrupado/caracterizado a partir de dimensões de percepções: ambiental, política, econômica, cultural e sanitária. Nos fixamos na última definição do estudo para balizar a compreensão do conceito que entende territórios como “espaços de produção social da saúde, onde a população interage com fixos e fluxos”.

Nesse sentido, a rua pode e deve ser entendida como um território de produção de cuidados, quando busca-se entender que as ruas também são territórios existenciais, para além das mazelas e vulnerabilidades. A diversidade existente entre as pessoas em situação de rua, e suas múltiplas existências enquanto sujeitos de direitos e atores sociais daquele território, precisa ser levada em conta para entender os processos de exclusão, pelos quais elas passam. Além de ser importante esse entendimento para também compreendermos as potencialidades e especificidades do cuidado em saúde para esta parcela populacional (MARQUES *et al.*, 2022).

A atuação no Consultório na Rua nos leva a perceber, que a territorialidade da cidade para a população em situação de rua é totalmente diferente da planejada e utilizada pela sociedade de maneira geral. É característico das pessoas em situação de rua o estado de transitoriedade dos lugares, o não saber se estará naquele local no dia seguinte ao mesmo tempo em que se dá um significado para aquele território e cada encontro com

elas deve ser encarado pelas eCR como uma possibilidade única de oferta do cuidado em saúde as mesmas. Vive-se sempre um estado de mudança iminente, sensação essa compartilhada muitas vezes também pelos profissionais das equipes e no planejamento de suas ações, o território no caso do CR nunca é adscrito. (DUARTE *et al.*, 2024).

A premissa de cuidado pensada na perspectiva da redução de danos no Consultório na Rua, visa produzir o ato de repensar os estilos de vida e colocarmos em dúvida o que é na vida os conceitos de autonomia, liberdade, responsabilidade e segurança da forma que nos foi posto, enquanto sociedade. Encaixar esse ideal de pensamento na prática clínica em um território, tem o sentido de entender e acessar os modos de vida dos usuários e, talvez seja o maior desafio de construir o cuidado no CR para profissionais com uma formação para o SUS tão pautada em modelos hegemônicos de atenção à saúde (ANDRADE, OLIVEIRA E CARVALHO, 2019; MACERATA, SADE E RAMOS, 2020).

A lógica de ruptura e de multiplicidade de entendimento do território também serve para pensar em como e onde se deve buscar o contato com o usuário no Consultório na Rua. Muitas vezes, é preciso saber com quem ele anda, como ele vive, por onde costuma se deslocar e o que gosta de fazer, para só então estabelecer possíveis rotas de buscas para o encontro com esse sujeito. Enquanto as equipes se deslocam pela cidade utilizando-se do desenho dela com os carros, que os levam para determinados locais, as pessoas em situação de rua muitas vezes andam por vielas, ruas, córregos, matas e estruturas abandonadas – entender isso se faz necessário para perceber que há vivências completamente diferentes das mesmas cidades (DUARTE *et al.*, 2024).

Santos e Ceccim (2018, p.1047) destacam que:

Uma narrativa do/no trabalho na rua mobiliza afetos, mostra facetas da realidade, e seu debate coloca em evidência variáveis pouco exploradas naquele momento, mas é possível reconhecer a discussão dos modos de vida, sobre o viver e sobre as fragilidades da vida. Tomamos, em uma cena da rua, um casal com o desejo da “organização de um lar”; apresentam-nos seu “cantinho”, que os “abriga da chuva e do frio”. Falam de um lugar personalizado, mostram-nos plantinhas que tinham nome, um limoeiro no terreno onde havia uma casa e hoje fornece a oportunidade de uma fruta colhida do pé. Uma mulher que narra sua vida de casal com um companheiro que, apesar das brigas e da violência sofrida com ele, configura a presença do amor íntimo. No dia a dia, surge uma vida de moradores de rua, que formam sua saúde por meio de atividades diárias em modos de vida próprios. Ações sutis criam, a céu aberto, seu “pedacinho do céu”. Microterritorialidades que constituem subjetividade e comunidade. Apreendemos territórios construídos diariamente por gestos, variáveis pessoais, econômicas, culturais e políticas que incitam ou facilitam o processo de moradia nas ruas.

O território para quem está transitando e o vivenciando de maneira tão crua é

vivo, múltiplo e também singular. Milton Santos (2011, p. 13) nos dizia que “território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência”.

Conhecer o território de atuação significa saber também quais são os locais que funcionam como apoio das pessoas ao enfrentamento da situação de rua e articular a presença das eCR nesses espaços. Em Fortaleza, até 2019, Ximenes *et al.* (2024) destacam que as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas em situação de rua eram: movimentos de ação coletiva e movimento social organizado; mover-se entre os territórios; rede de apoio das políticas públicas e ONGs; parcerias construídas na própria rua; Deus e a religião; e os famosos “mangueios”. Esta última estratégia é o ato de contar histórias, verdadeiras ou não, para conseguir algum dinheiro ou comida junto à população em geral – muito comum no itinerário dos ônibus, metrô, sinais, praças e comércios.

É reconhecido no discurso das pessoas em situação de rua, até 2019, como espaços de apoio institucional e de políticas públicas ao enfrentamento da extrema pobreza e da situação de rua em Fortaleza: o Centro Pop, Centro de Convivência, Pousada Social, Posto de Saúde, CAPS, CREAS e o CRAS (XIMENES *et al.*, 2024).

Há duas hipóteses para a não-citação nominal do Consultório na Rua nas falas elencadas pelo estudo. A primeira refere-se a talvez ao desconhecimento anterior de boa parte da população em relação a única equipe do CR, de perfil I, que havia na cidade e que ficava situada na Unidade de Atenção Primária à Saúde Paulo Marcelo, localizada no Centro de Fortaleza (FORTALEZA, 2022). A segunda acontece talvez pela concentração da localização dos atendimentos da eCR se fixarem somente na UBS em questão, levando a possibilidade de uma inferência dos pesquisadores de que tratava-se de atendimentos feitos pelos profissionais pertencentes a equipe de Saúde da Família do local.

## **A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR NO CONSULTÓRIO NA RUA**

É um perfil comum nas eCR trabalhadores com trajetórias profissionais ligadas a atendimentos de pessoas em situação de vulnerabilidade e, que por isso defendem esse modelo de cuidar (KOOPMANS *et al.*, 2018; KOOPMANS *et al.*, 2023). Atuar no Consultório na Rua é uma experiência vivida em multiprofissionalidade, intensa, desafiadora, provocadora, impactante e única que lhe apresenta em vários momentos histórias e casos que te marcam, além de sentimentos que transformam a vida

e a prática profissional dos profissionais envolvidos nessa estratégia de cuidado (KAMI *et al.*, 2016b; SILVA *et al.*, 2021).

Enquanto trabalhador há mais de um ano do Consultório na Rua de Fortaleza, posso dizer que minha prática profissional enquanto Psicólogo foi totalmente modificada por essa experiência de cuidar e dar voz a quem muitas vezes é invisível. É interessante que a formação em Psicologia sempre nos indica a importância do sigilo e do setting terapêutico para o bom andamento da prática clínica, mas não devemos encarar isso de maneira tão engessada.

É potente perceber que já cheguei a fazer, por exemplo, momentos de educação sexual com a população em situação de rua no meio de uma das praças de maior movimentação de Fortaleza, a Praça do Ferreira. Discuti questões relacionadas ao suicídio junto a eles em meio ao Refeitório Social e a sua tradicional entrega de sopas a população que o equipamento atende, sendo um dos equipamentos de apoio e enfrentamento a pobreza das pessoas em situação de rua na cidade.

O CR deve atuar como suporte social, na busca por perspectivas de mudanças, de melhorias nas condições de saúde e da vida por meio principalmente do diálogo com a população em situação de rua. O olho no olho e a horizontalidade de saberes no sentar ao lado das pessoas, como por exemplo, no mesmo colchão que ele dorme na rua é essencial para cuidar de quem está vivendo na rua. O vínculo surge como estratégia norteadora soberana no cuidado em saúde na rua em vários dos estudos, que abordam a perspectiva das práticas produzidas pelo Consultório na Rua. Junto a ele são citados o afeto, a amorosidade e a escuta qualificada como outros componentes importantes na atuação das equipes e na busca para atingir os princípios da integralidade, universalidade e equidade (KOOPMANS *et al.*, 2018; KOOPMANS *et al.*, 2023).

O bom acolhimento da população em situação de rua nos serviços das eCR já é uma estratégia com potencial produtor de saúde, visto que quebra a primeira barreira de acesso que essas pessoas já estão acostumadas e frustradas de encontrar nos demais espaços de cuidado e viabiliza a vinculação dos usuários as equipes. Territorializar o território, conhecer, se possível, de maneira profunda as realidades enfrentadas por eles, das óticas e construções de vidas dos mesmos, sem um olhar estigmatizante, já é parte do processo de abertura para quem chega buscando, às vezes, apenas ser escutado. É trazido nos textos que também é importante ao profissional ter uma persistência acolhedora na tentativa de alcance as pessoas que negam os atendimentos nos primeiros momentos. Fazer ficar visível a pessoa em situação de rua aos olhos do SUS e da rede de cuidado é

um compromisso ético-político para a atuação no Consultório na Rua. (HALLAIS E BARROS, 2015; DUARTE, 2019).

Sobre sentir-se acolhido, lembro que havia um senhor em situação de rua há muitos anos que geralmente ficava na Praça dos Voluntários em Fortaleza. Ele é hipertenso, diabético, alcoolista, com psoríase e outras alterações de pele relacionadas a saúde mental, era acompanhado pelo Consultório na Rua, mas não desejava sair da praça até então. Buscou nosso atendimento, por já conhecer a equipe e sentir-se bem recebido por nós, sob efeito de álcool em um dia que estava com o humor deprimido, choroso e com ideias suicidas. O mesmo foi acolhido por todos os profissionais do serviço, recebeu suporte psicológico e foi feita toda a articulação da rede intersetorial para que o mesmo ao sair da possível internação, que ficaria em algum hospital da cidade, saísse com o direcionamento para ficar na Casa de Passagem e com todas as demandas sociais já encaminhadas. O desfecho da situação foi positivo e hoje o senhor encontra-se em superação de rua.

A potência da atuação interdisciplinar é um apontamento da prática de atuação que se faz presente nos materiais e que confirmo com a experiência anterior que relato da atuação na eCR. A integração de vários saberes diferentes ajuda no processo de condução dos casos, facilitando as ações e os processos decisórios que talvez só com um profissional ficasse pobre em suas possibilidades de continuidade e resolução (LIMA e SEIDL, 2015). A realização do diagnóstico das necessidades de saúde da população em situação de rua é fundamental para garantir a integralidade do cuidado. Necessita-se perceber que o conceito de saúde numa ótica ampliada envolve as condições de vida, alimentação, sono, falta ou presença de moradia, segurança, lazer e acesso à cultura das pessoas (ALECRIM *et al.*, 2022).

Em São Paulo, a eCR faz o compartilhamento de informações dos casos entre os membros da própria equipe para pensar nos melhores caminhos, que consigam atender as demandas apresentadas pelas pessoas. Isso inclui até a busca por parceiros na comunidade local, para conseguir atingir a longitudinalidade do cuidado, mesmo que isso seja alcançado pela via da iniciativa privada. Nos períodos mais frios do ano, as equipes costumam trabalhar até 10h da noite e estabelecem parcerias externas para a distribuição de cobertores, mantas, meias, toucas, cachecóis, agasalhos, sacos de dormir e barracas, visando atenuar o frio e suas consequências na população em situação de rua – é a busca pela garantia mínima de conforto e dignidade a eles (SANTOS e LOURENÇO, 2023).

Vivenciar o trabalho no CR inclui perceber que a singularidade,

principalmente por conta da heterogeneidade do público e as dificuldades, chegam a compor o cuidado da população em situação de rua. É em meio a produção das suas práticas cotidianas de processos de cuidado tentar lidar com as falhas das políticas públicas de atenção à saúde, com a extrema miséria e vulnerabilidade, além da percepção e vivência de preconceitos, exclusões e estigmatizações dos mais diversos atores sociais do território. Para além da experiência das dificuldades, é procurar aprender a lidar também com a impossibilidade de resolver e atender a todas as demandas, que chegam das pessoas. Apesar de todo o senso de humanidade que aflora nos profissionais do serviço, é importante para o bem da saúde mental dos trabalhadores entender que não se muda o mundo sozinho (ALECRIM *et al.*, 2022; CAMARGO, 2016).

Uma das situações que mais me fez aprender essa importância de cuidar de si e de entender que às vezes as demandas estão além do nosso alcance, foi a de uma gestante – em sua sétima gestação - que estava grávida de gêmeos e não sabia, não estava em acompanhamento de pré-natal e achava que a gestação era somente de uma criança. Além disso, já estava próxima do período do parto e em uso abusivo de álcool. Lembro a emoção que foi para ela e ao pai das crianças ter a oportunidade de ouvir pela primeira vez os batimentos cardíacos dos bebês com o ultrassom que tínhamos na ambulância da equipe. Fizemos as devidas orientações, a Médica e o Enfermeiro da eCR prescreveram as medicações, articulamos o agendamento do acompanhamento de pré-natal, mas infelizmente depois disso nunca mais os vimos, apesar das várias idas ao local aonde costumavam ficar e suas adjacências (um parque da cidade, o Parque Rachel de Queiroz).

A atuação exige perceber que muitas vezes o cuidado necessário a gestante, como no caso abordado anteriormente e o do CR de Campinas, perpassa o entendimento do uso do crack e de outras substâncias e a não criminalização dessa utilização, inclusive no momento do parto. Na realidade paulista o uso do crack oferecia a grávida a chance de “apagar” durante seu parto para não ver a criança no momento do nascimento e com isso ter mais facilidade em dar o bebê para alguém criar. Por não querer que ele passasse pelas mesmas situações que ela passa/passou (DIAS E CARVALHO, 2019).

Na realidade de São Paulo capital, a cultura hip-hop e o rap ajudaram a fomentar a aproximação das equipes a um coletivo de pessoas em situação de rua no espaço de uma praça, onde equipe e usuários tiveram trocas inclusive na esfera cultural. Com os profissionais aprendendo com as pessoas o que é viver na rua, experimentando não trazerem saberes prontos, mas, sim construir com elas a cena em que ele vive e as possibilidades de cuidados pertinentes ao território em questão. Parafraseando o

Racionais MC's e os autores do estudo, saúde e cuidado só se fazem com presença, mesmo que ela seja em muitos momentos confusa, leal e intensa (SANTOS E CECCIM, 2018). Interessante destacar como a música, e a cultura em geral, consegue ser um elemento de conexão universal. Em Fortaleza, chegamos a cantar um clássico da música popular nordestina “Saga de um vaqueiro” junto com um rapaz que estava sendo vacinado, para que o mesmo não prestasse atenção na agulha pelo medo que tinha de injeções.

Na realidade carioca de Manguinhos, por exemplo, foi utilizada como campo da clínica ampliada desde partidas de futebol a oficinas de beleza, para promover a intensificação do vínculo com as eCR e permitir a produção do processo de educação em saúde dos profissionais, além de serem ao mesmo tempo ações de prevenção e promoção de saúde as pessoas. Na experiência de atuação no Bairro do Jacarezinho na cidade do Rio de Janeiro, destaca-se a perspectiva da redução de danos como estratégia de cuidado, por conta da minimização dos riscos à saúde das pessoas. Entretanto, necessita-se de mais financiamento para o recebimento de insumos para as eCR aplicarem com mais efetividade a redução de danos (ENGSTROM E TEIXEIRA, 2016; CAMARGO, 2016; ARAUJO E SCHRAMM, 2017).

Não foi observado nos materiais encontrados nas plataformas utilizadas no estudo, comentários ou preocupações acerca das reverberações acerca da PNAB 2017 e do Previne Brasil no cotidiano de trabalho dos CR. As principais diferenças colocadas pelas políticas envolveram o papel do Agente Comunitário de Saúde e sua cobertura dos territórios, “Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF” (MELO *et al.*, 2018, p.44). E o financiamento da APS através da mudança para “capitação e avaliação de desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município” (MASSUDA, 2020, p.1182). Além dos ganhos dos ACS estarem diretamente ligado ao número de pessoas cadastradas no território.

Em Fortaleza, por exemplo, enfrenta-se diariamente nas eCR os reflexos das mudanças efetuadas pelas duas políticas. Por serem uma população em constante movimento, as pessoas em situação de rua acabam sendo várias vezes cadastradas por Agentes Comunitários de Saúde a determinados territórios e para que possam ser atendidas pelo Consultório na Rua acabam tendo que alterar o seu cadastro para pessoas

em situação de rua. Gerando bastante desgastes a gestão do CR junto as UBS e aos ACS dos territórios adscritos, já que os dois serviços precisam dos dados daquele usuário para receberem as verbas de custeio de acordo com o Previne Brasil

Nos estudos de Lima *et al.* (2019), os profissionais relatam que as condições de trabalho vividas no Consultório na Rua, costumam ser bem atípicas e que por si só já trazem dificuldades inerentes ao espaço de atuação. As intempéries climáticas, do sol e chuva em excesso, frio e calor, os ventos, a poeira, o mau cheiro de ruas e dos espaços de uso de álcool e drogas das pessoas em situação de rua costumam ser apontados como os primeiros elementos de desconforto e incômodo das eCR. Há também os riscos químicos, físicos e biológicos, além do risco de acidentes de trabalho e ergonômico para os trabalhadores, devido as condições de atendimento. Os autores destacam a necessidade de pontuar que os frágeis vínculos de trabalho também configuram ao trabalhador uma fonte de sofrimento psicológico que lhe gera estresse e incertezas pela falta de segurança no emprego.

Dentre os riscos não citados diretamente nos estudos encontrados nesta pesquisa, na realidade de Fortaleza temos de maneira muito notada pelas pessoas em situação de rua e profissionais das eCR o fenômeno do aumento das facções e a influência das mesmas nos modos de vida dessa população. Seja por oportunizar ganhar algum dinheiro fazendo pequenos serviços para as associações criminosas ou pelas mesmas aumentarem a oferta de drogas na cidade (XIMENES *et al.*, 2024). É cada vez mais comum no dia-a-dia das equipes vermos pessoas “espírradas” – expulsas - dos territórios que costumam frequentar ou ao qual pertencem devido a alguma problemática com a facção que domina o lugar.

Para além das situações de risco enumeradas facilmente pelos profissionais das eCR, cabe elencar aqui algumas das potencialidades do CR percebidas no campo da prática enquanto trabalhador e outras abordadas nos textos que coadunam com a experiência do pesquisador. O trabalho na perspectiva multidisciplinar; a possibilidade de criação de formas de atuação profissionais não engessadas; atuar na perspectiva da redução de danos como um norteador; a visibilidade e a valorização do trabalho da saúde, por conta do formato das consultas e dos locais aonde ocorrem os atendimentos; a busca pela garantia da universalidade de acesso à saúde da população, prática que ocorre num viés na contramão das políticas de saúde de outros países; e a promoção da saúde através dos processos de educação em saúde que ocorrem em locais públicos.

Alguns estudos abordam a importância da educação permanente para o

contínuo aperfeiçoamento dos profissionais e de suas práticas (KAMI, 2015; KAMI, 2016a). Em Fortaleza são oportunizadas as eCR serem utilizadas duas horas semanais, das trinta horas de trabalho, para estudos e cursos ofertados pelo Instituto Cisne, por conta da Portaria Municipal nº 1436 de 2019 – processo esse que fica a cargo da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebemos limites de alcance de discussões das produções científicas nas plataformas de pesquisa utilizadas. É interessante destacar que podem haver diversos textos que tratam sobre a temática do CR que não foram acessados pela possível falta de conexão com os descritores previstos nas plataformas de pesquisa, demonstrando possivelmente a necessidade de sistematização e organização das pesquisas, por meio dos descritores oficiais, que norteiam a discussão do tema.

Somente a título de ilustração da percepção do pesquisador, na plataforma BVS, utilizando-se somente o termo livre “Consultório na Rua”, foram encontrados 135 textos completos com vários deles inéditos ao olhar da pesquisa em relação à busca feita com a metodologia adotada neste estudo. Para além das questões dos desgastes dos trabalhadores no âmbito do trabalho no Consultório na Rua relatados nos materiais, tivemos dificuldade de encontrar nas políticas de saúde referentes a atenção primária em saúde recentes algo específico referente ao cuidado dos cuidadores da APS.

Ainda que tenhamos um estudo produzido no espaço de trabalho em que atuamos, talvez pelo período pesquisado não tenha sido indicado uns dos espaços mais utilizados pela população em situação de rua de Fortaleza para a sua higiene: o Higiene Cidadã de Fortaleza. São locais onde a população em situação de rua higieniza-se, lava suas roupas, de domingo a domingo e também há a distribuição de alimentos através de quentinhas nos horários de almoço e sopas às 16 horas, ficam localizados no centro da cidade e no bairro da Parangaba e tem três unidades atualmente.

Há também, infelizmente, nos próprios textos analisados, a estigmatização das pessoas em situação de rua, visto que em meio aos materiais encontrados pudemos ver em alguns deles a terminologia morador(es) de rua sendo utilizada. É uma luta histórica dos movimentos sociais e coletivos a mudança dessa nomenclatura para pessoa em situação de rua, visando não só trazer a rua como uma perspectiva passageira e

transitória, mas a busca pela garantia de acesso a direitos básicos dessa população tão invisibilizada e marginalizada socialmente.

Após as reflexões obtidas com os materiais que utilizamos, podemos destacar a necessidade de evidenciar mais relatos de experiência das diversas realidades existentes nas atuações das eCR e que os mesmos possam ser produzidos em uma linguagem mais acessível e aproximada do cotidiano de trabalho diário dos profissionais. Além disso, é importante destacar a lacuna de experiências detalhadas que abordem os panoramas das gestões municipais do Consultório na Rua e sobre as possibilidades de cuidado com os cuidadores/trabalhadores do CR.

Destaca-se a importância de enfatizar a necessidade da construção de pesquisas, que abordem mais estudos retratando: o processo de gestão e planejamento do Consultório na Rua; os raros exemplos de superação das dificuldades da construção de uma rede intersetorial de cuidados; o trajeto histórico da implementação dos CR específico das realidades aonde atuam; exemplos e descrições de mais práticas inovadoras no processo de cuidado em saúde da população em situação de rua; a escuta de profissionais das eCR sobre quais processos formativos durante a formação para a saúde podem ajudar na construção de suas práticas de cuidado; produções referentes as categorias pertencentes ao CR e dos cuidados produzidos pelas mesmas; se o avanço da violência no país e os problemas territoriais relacionados a esse aumento atrapalham ou atravessam as práticas das equipes; e a percepção dos profissionais e das pessoas atendidas sobre o advento da terceirização da atenção primária em saúde no contexto das eCR.

Os descritores e termos livres utilizados nos permitiram alcançar os objetivos da pesquisa, foi possível alcançá-los e discuti-los de maneira crítica. Como resultado esperado, tal produção bibliográfica, nos permitirá produzir como produto técnico da pesquisa uma nota técnica para o Consultório na Rua sobre a atuação multidisciplinar no contexto das eCR (apêndice 2).

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. A. L. DE. et al. A implantação da saúde bucal no programa consultório na rua em Curitiba-PR. **Tempus (Brasília)**; 13(3): 191-200, jul. 2019.

ALECRIM, T. F. DE A.; et al.. Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 1-7, 2022.

ANDRADE, H. S. DE; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. **Governo da subjetividade (e resistências) da clínica na atenção primária**. In: CARVALHO, S. R. et al. (Orgs.). *Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais*. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2019. p. 109-122.

ARAÚJO, E.; SCHRAMM, F. R.. Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack. **Revista Bioética**, v. 25, n. 3, p. 473–481, out. 2017.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTOLOZZI, M. R. et al.. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1326–1330, dez. 2009.

BOMBONATTI, G. R.; et al.. Street Clinics and the Healthcare of Vulnerable Homeless Communities in Brazil: A Qualitative Study. **International journal of environmental research and public health**, 19(5), 2573, 2022.

BORTOLETTO, M. S. S.; et al.. Pistas genealógicas de um Consultório na Rua: criminalização e assimilação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 291–307, 2024.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M.. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 20, n. 1, p. VII–IX, jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. 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. 2012b. Seção 1, p. 46-47.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. **Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2012c. Seção 1, p. 48.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Equipes de Consultório na Rua (eCR). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/valores-de-referencia/pab-variavel/ecr#:~:text=eCR%20modalidade%20I%3A%20Equipe%20formada,t%C3%A9cnico%20em%20Sa%C3%BAde%20Bucal%2C%20Cirurgi%C3%A3o>. Acesso em: 10 de janeiro de 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Ministério da Saúde participa de evento nacional de Consultório na Rua. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 24 out. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/ministerio-da-saude-participa-de-evento-nacional-de-consultorio-na-rua>. Acesso em: 7 de janeiro de 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Saúde terá 14 ações voltadas para o cuidado da população em situação de rua. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 12 dez. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/saude-tera-14-acoes-voltadas-para-o-cuidado-da-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 7 de janeiro de 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Governo anuncia R\$ 1 bilhão para Plano Ruas Visíveis - pelo direito ao futuro da população em situação de rua. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 12 dez. 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-anuncia-r-1-bilhao-para-plano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 19 de janeiro de 2024.

BRASIL. Lei n. 14.821, de 16 de janeiro de 2024. **Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 162, n. 12, p. 5-7, 17 jan. 2024a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Portaria MDS nº 972, de 26 de março de 2024. **Define os municípios e o Distrito Federal prioritários para a implementação da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas Cidades - Alimenta Cidades**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 164, n. 60, Seção 1, p. 16, 27 mar. 2024b.

CAMARGO, B.P.. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2016;11(38):1-3.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). 19 de agosto: Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. **CONRERP**, São Paulo, SP, 16 ago. 2023. Disponível em: <https://www.crpssp.org/noticia/view/2926/19-de-agosto-dia-nacional-de-luta-da-populacao-em-situacao-de-rua-3>. Acesso em: 2 de janeiro de 2024.

DA SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. 123 out-dez, p. 1240–1258, 2022.

DANTAS, H.L.L.; et al. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: **Rev Recien**. 2021; 12(37):334-345.

DIÁRIO DO NORDESTE. **Prefeitura anuncia ampliação do programa Consultório na Rua, em Fortaleza**. Fortaleza, Ceará, 2023. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/prefeitura-anuncia-ampliacao-do-programa-consultorio-na-rua-em-fortaleza-1.3373350?hl=pt-BR>. Acesso em: 27 set. 2024.

DIAS, T. M.; CARVALHO, S. R.. **Pré-natal de mulheres em situação de rua: experiência do Consultório na Rua de Campinas** In: CARVALHO, S. R. et al. (Orgs.). Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2019. p. 221-239.

DIMENSTEIN, M.; NETO, M. C.. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1–17, 2020.

DUARTE, A. H. C. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 18, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2019.

DUARTE, L. G.; et al.. Entre territórios pandêmicos: cartografia de um Consultório na Rua durante a pandemia de covid-19. **RECIIS (Online)**; 18(1)jan.-mar. 2024.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 6, pp. 1839-1848.

FORTALEZA, S. M. de S. de.; **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025** [Livro Eletrônico] : análise de situação de saúde : volume 1. 1. ed. Fortaleza, CE : Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2022.

FRIEDRICH, M.A.; et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **J.nurs. health**; 9(2):e199202 abr.2019.

GOMIDES, J. E. A definição do problema de pesquisa a chave para o sucesso do projeto de pesquisa. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC - Ano IV - nº 06 - 1º Semestre – 2002**.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M.. **Território e territorialização**. In: GONDIM, G. M. de M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GONDIM, R. **Atenção Primária à Saúde e Populações Vulnerabilizadas: potencialidades e contradições da atenção à saúde de pessoas em situação de rua**. In: MENDONÇA, M. H. M. de.; et al.. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 610p.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, pág. 1475-1482, abril de 2020.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. **IPEA**, Brasília, DF, 8 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 3 de janeiro de 2024.

IPEA. **A população em situação de rua nos números do Cadastro Único**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023. 1 ed. Texto para Discussão. JEL: D60; I39; J19; Y10. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2944-port>.

JESUS, A. A. S.; LISBOA, M. S. Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 11, n. 1, p. 1 - 18, jan. 2022.

JORNAL DA USP. **Levantamento mostra quem financia a pesquisa no Brasil e na USP**. São Paulo, SP, 14 out. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/levantamento-mostra-quem-financia-a-pesquisa-no-brasil-e-na-usp/>. Acesso em: 28 set. 2024.

KAMI, M. T. M. **Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no consultório na rua: subsídios para elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 146f, 2015.

KAMI, M. T. M. et al.. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 0442–0449, maio 2016a.

KAMI, M. T. M.; et al.. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 20(3): e20160069, 2016b.

KOOPMANS, F. F.; et al.. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico. **Online braz. j. nurs. (Online)**; 17(4)dez. 2018. Ilus.

KOOPMANS, F. F.; et al.. Escuta, afeto e amorosidade: etnografia sobre a construção de um cuidado na rua. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 761-772, out.-dez. 2023.

LIMA, A. F. S.; et al.. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Rev. esc. enferm. USP** vol.53 São Paulo Jan./Dez. 2019 Epub 19-Ago-2019.

LIMA, H. S. DE.; SEIDL, E. M. F. Consultório na Rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 1p. 57-69, jan./mar. 2015.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. (2014). Consultório de/na rua:

desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 18(49), 251–260.

MACERATA, I. M.; SADE, C.; RAMOS, J. F. C.. Território na pesquisa, território da pesquisa: protagonismo do território na pesquisa-intervenção participativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190733, 2020.

MACHADO, M. P. M., & RABELLO, E. T. (2019). Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 28(4), e280413.

MACHADO, M. P. M., & RABELLO, E. T. (2022). Consultórios na Rua: uma revisão de literatura sobre seus objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação. In N. R. A. Nunes, M. C. M. Senna, & G. B. Cinacchi (Orgs.), **População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais**. (pp. 109-127). Porto Alegre: Editora Rede UNIDA.

MARINHO, A. M. **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: reconstrução de uma prática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 194 f, 2010.

MARQUES, L. S. et al.. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 123–132, jan. 2022.

MASSUDA, A.. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020.

MEDEIROS, C. R. S., & CAVALCANTE, P. (2018). A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, 27(3), 754-768.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out. 2008.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C.. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213–1232, out. 2016.

O POVO. **Prefeitura diz que os 16 postos anunciados em 2023 estão prontos; 3 ainda serão inaugurados**. Fortaleza, Ceará, 2024. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2024/08/13/prefeitura-diz-que-os-16-postos-anunciados-em-2023-estao-prontos-3-ainda-serao-inaugurados.html>. Acesso em: 27 set. de 2024.

PACHECO, M. E. A. G. (2014). Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. **Fractal: Revista De Psicologia**, 26(1), 43–58.

PAULA, H. C. DE . et al.. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2843–2847, 2018.

PINTO, A. H.; et al. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. **Rev. enferm. UFPE on line**; 12(12): 3513-3520, dez. 2018.

ROMANÍ, O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. **Salud Colect.** 2008; 4 (3): 301 - 318.

SANTOS, C. F. DOS; CECCIM, R. B.; Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2018, v. 22, n. 67, pp. 1043-1052.

SANTOS, E. L. O. et al; Relato de experiência: travestis e transexuais em situação de rua e o processo de hormonioterapia pelo SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**; 22(1): 111-117, 2021.

SANTOS, E. L. O.; LOURENÇO, R. B. B. O Consultório na Rua no Município de São Paulo: demandas e desafios no cuidado longitudinal de saúde, na ampliação e na cobertura dos territórios. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**; 24(1): 169-176, 2023.

SANTOS, M. **O dinheiro e o território**. In SANTOS, M.; et al.. (Orgs.), Território, territórios: Ensaio sobre o ordenamento territorial, 2011, (p. 13-21). Rio de Janeiro: Lamparina.

SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. DA S.; ARAÚJO, A. B. V. L. DE. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 285–291, jul. 2018.

SILVA, J. V. DOS S.; et al.. Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 54, n. 3, p. e-176470, 2021.

SONAGLIO, R. G.; LUMERTZ, J. S.; MELO, R. C.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde: revisão integrativa sobre conceitos e experiências no Brasil. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 3, 14 maio 2019.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan. 2010.

TEIXEIRA, M. B.; et al.. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 92–101, 2019.

TIMÓTEO, A. V. G.; et al. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió – AL. **Enferm. foco (Brasília)**; 11(1): 126-130, jun. 2020.

VALE, R. R. M. DO; et al. Estratégia e-sus atenção primária em consultórios na rua: análise de um processo de educação permanente. **Enferm. foco (Brasília)**; 14: 1-7, mar. 20, 2023.

VALE, R. R. M. DO.; et al. Prática de equipes de consultórios na rua e registro das ações no e-SUS Atenção Primária. **Rev. eletrônica enferm**; 24: 1-7, 18 jan. 2022.

VARGAS, E.R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana Salud Publica**. 2018;42:e170.

VIEGAS, S. M. DA F.; et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200222, 2021.

XAVIER, B. L. DO Q. **O cuidado à saúde da população em situação de rua no contexto da pandemia por Covid-19**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 86f, 2022.

XIMENES, V. M.; et al. **Pessoas em situação de rua: vivências de pobreza, opressões e enfrentamentos**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2024.

## APÊNDICE 1

### Textos selecionados para análise (ordenados de forma crescente por ano)

Nº	Nome	Autor(es)	Ano	Revista	Tipo de estudo
1	Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas	Helizett Santos de Lima; Eliane Maria Fleury Seidl	2015	Psicologia em Estudo	Exploratório
2	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Janaína Alves da Silveira Hallais; Nelson Filice de Barros	2015	Caderno de Saúde Pública	Observação participante
3	Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no consultório na rua: subsídios para elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico	Maria Terumi Maruyama Kami	2015	Biblioteca Digital da UFPR	Exploratório
4	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Cíntia Priscila da Silva Ferreira; Célia Alves Rozendo; Givânia Bezerra de Melo	2016	Caderno de Saúde Pública	Avaliação qualitativo-participativa
5	Trabalho no consultório na rua: uso do software	Maria Terumi Maruyama Kami; Liliana	2016	Escola Anna Nery – Revista	Exploratório

	IRAMUTEQ	Müller Larocca; Maria Marta Nolasco Chaves; Ingrid Margareth Voth Lowen; Viviam Mara Pereira de Souza; Dora Yoko Nozaki Goto.		de Enfermagem	
6	Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva	Bruno Paladini Camargo	2016	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Relato de experiência
7	Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	Elyne Montenegro Engstrom; Mirna Barros Teixeira	2016	Ciência e Saúde Coletiva	Exploratório
8	Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua	Maria Terumi Maruyama Kami; Liliana Müller Larocca; Maria Marta Nolasco Chaves; Laura Christina Macedo Piosiadlo; Guilherme Souza Albuquerque	2016	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Exploratório
9	Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim; Fernando Mitano; Amanda Alessandra dos	2016	Revista da Escola de Enfermagem da	Exploratório descritivo

	situação de rua	Reis; Cristine Moraes Roos; Pedro Fredemir Palha; Simone Teresinha Protti-Zanatta		USP	
10	Atenção em Saúde Bucal para pessoas em situação de rua – Um componente do Consultório Na Rua	Doralice Severo da Cruz; Mario Nakanishi; Regina Auxiliadora de Amorim Marques	2017	31º Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo	Diagnóstico Situacional
11	Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack	Erick Araujo; Fermin Roland Schramm	2017	Revista Bioética	Etnografia
12	Competências para o trabalho nos consultórios na rua	Marcelo Pedra Martins Machado; Elaine Teixeira Rabello	2018	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Qualitativo
13	Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua	Aline Costa Cardoso; Débora de Souza Santos; Silvana Martins Mishima; Danielly Santos Cardoso dos Anjos; Jorgina Sales Jorge; Hiule Perreira de Santana	2018	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Exploratório
14	O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de	Vera Lucia Martinez Manchini	2018	Biblioteca Digital da Coordenadoria de Recursos Humanos da	Qualitativo

	São Paulo			Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	
15	Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão	Lílea Marianne Albuquerque Silva; Ive da Silva Monteiro; Ana Beatriz Vasconcelos Lima de Araújo	2018	Cadernos Saúde Coletiva	Exploratório descritivo
16	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica	Everson Rach Vargas; Iacã Machado Macerata	2018	Revista Panamericana de Saúde Pública	Descritivo
17	Por um devir bicicleta no apoio à rede de saúde	Mário Francis Petry Londero; Simone Mainieri Paulon	2018	Psicologia e Sociedade	Pesquisa-intervenção cartográfica
18	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde	Hermes Candido de Paula; Donizete Vago Daher; Fabiana Ferreira Koopmans; Magda Guimarães de Araujo Faria; Paula Soares Brandão; Graziela Barbosa Freitas Scoralick	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Relato de experiência
19	A implementação do programa de saúde específico para a população	Cristiane Reis Soares Medeiros; Pedro	2018	Saúde e Sociedade	Descritivo exploratório

	em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores	Cavalcante			
20	Determinantes sociais, equidade e Consultório na Rua	Andressa Hoffmann Pinto; Vivian Costa Fermo; Caroline Cechinel Peiter; Vanessa Martinhago Borges Fernandes; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heideman	2018	Revista de Enfermagem UFPE Online	Relato de experiência
21	Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico	Fabiana Ferreira Koopmans; Donizete Vago Daher; Magda Guimarães de Araujo Faria; Hermes Cândido de Paula; Emília Gallindo Cursino	2018	Online Brazilian Journal of Nursing	Etnografia
22	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto	Carla Félix dos Santos; Ricardo Burg Ceccim	2018	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Cartografia
23	O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua	Afrânia Hemanuely Castanho Duarte	2019	Textos e Contextos	Qualitativo

24	Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro	Mirna Barros Teixeira; Pilar Belmonte; Elyne Montenegro Engstrom; Alda Lacerda	2019	Saúde Debate em	Qualitativo
25	Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá	Marina Noll Bittencourt; Paulo Victor das Neves Pantoja; Paulo Cesar Beckman da Silva Júnior; José Luis da Cunha Pena; Camila Rodrigues Barbosa Nemer; Rafael Pires Moreira	2019	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem	Descritivo
26	Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais	Sérgio Resende Carvalho; Henrique Sater de Andrade; Rodrigo Saraiva Cheida; Cathana Freitas de Oliveira	2019	Editora Rede Unida	Qualitativo
27	Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua	Melina Adriana Friedrich; Christine Wetzel; Marcio Wagner Camatta; Agnes Olschowsky; Jacó Fernando Schneider; Leandro Barbosa de Pinho; Fabiane Machado Pavani	2019	Journal of Nursing and Health	Descritivo

28	A implantação da saúde bucal no programa consultório na rua em Curitiba-PR	Rebeca Alves Lins de Albuquerque; Anna Cristina da Silva Nascimento; Rosane Souza Freitas; Adriane Wollmann; Ruann Oswaldo Carvalho da Silva; Rafael Gomes Ditterich	2019	Tempus (Brasília)	Qualitativo
29	Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo	Ana Flávia Silva Lima; Lenira Wanderley de Santos Almeida; Laís de Miranda Crispim Costa; Emilly Souza Marques; Mário César Ferreira Lima Júnior; Kely Regina da Silva Lima Rocha	2019	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Exploratório descritivo
30	Território na pesquisa, território da pesquisa: protagonismo do território na pesquisa-intervenção participativa	Iacã Machado Macerata; Christian Sade; Júlia Florêncio Carvalho Ramos	2020	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Pesquisa-intervenção participativa
31	Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió – AL	Aryanna Vanessa Gomes Timóteo; John Victor dos Santos Silva; Larissa Karolline Gonçalves	2020	Enfermagem em Foco	Exploratório

		Gomes; Ahyas Sydcley Santos Alves; Vívian Mayara da Silva Barbosa; Thyara Maia Brandão			
32	Clínica de Enfermagem de Rua para o enfrentamento de vulnerabilidades	Giulia Romano Bombonatti; Débora de Souza Santos; Dalvani Marques; Fernanda Mota Rocha	2021	Portal de Revistas de Enfermagem	Observação participante
33	Relato de experiência: travestis e transexuais em situação de rua e o processo de hormonioterapia pelo SUS	Enver Lamarca Oliveira Santos; Suzana Kalckmann; Carolina de Campos Hovart Borrego; Natália da Costa Sellinger; Renata Rodriguez Imparato; Tereza Etsuko da Costa Rosa	2021	Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo	Relato de experiência
34	Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde	Selma Maria da Fonseca Viegas; Rosane Gonçalves Nitschke; Lucas Andreolli Bernardo; Adriana Dutra Tholl; Maria Aurora Rodriguez Borrego; Pablo Jesús López Soto; Daniela Priscila Oliveira	2021	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem	Estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo

		do Vale Tafner			
35	Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um Consultório na Rua	Luiz Gustavo Duarte; Flávia Maria Araujo; Maira Sayuri Sakay Bortoletto; Regina Melchior; Alberto Durán González	2021	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Cartografia
36	Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde	John Victor dos Santos Silva; Claudio José dos Santos Júnior; Waldez Cavalcante Bezerra; Thyara Maia Brandão	2021	Medicina (Ribeirão Preto, Online)	Descritivo exploratório
37	Street Clinics and the Healthcare of Vulnerable Homeless Communities in Brazil: A Qualitative Study	Giulia Romano Bombonatti; Maria Giovana Borges Saidel; Fernanda Mota Rocha; Débora de Souza Santos	2022	International Journal of Environmental Research and Public Health	Abordagem social
38	Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim; Pedro Fredemir Palha; Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero; Simone Teresinha Protti-Zanatta	2022	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Relato de experiência

39	O cuidado à saúde da população em situação de rua no contexto da pandemia Covid-19	Bárbara Letícia de Xavier Queiroz	2022	Acervo virtual da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Descritivo
40	Prática de equipes de consultórios na rua e registro das ações no e-SUS Atenção Primária	Raquel Rosa Mendonça do Vale; Johnatan Martins Sousa; Eurides Santos Pinho; Marciana Gonçalves Farinha; Nathália dos Santos Silva; Camila Cardoso Caixeta; Elizabeth Esperidião	2022	Revista Eletrônica de Enfermagem	Descritivo exploratório
41	Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado	Lorena Silva Marques; José Hermógenes Moura da Costa; Marla Marcelino Gomes; Martha Malaquias da Silva	2022	Ciência e Saúde Coletiva	Observação participante
42	A longitudinalidade e o controle da tuberculose: Intervenções de equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo	Enver Lamarca Oliveira Santos; Suzana Kalckmann	2023	Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo	Qualitativo
43	O Consultório na Rua no Município de São Paulo:	Enver Lamarca Oliveira Santos; Rodrigo Bertelli	2023	Boletim do Instituto de Saúde de São	Relato histórico

	demandas e desafios no cuidado longitudinal de saúde, na ampliação e na cobertura dos territórios	Barretto Lourenço		Paulo	
44	Estratégia e-sus atenção primária em consultórios na rua: análise de um processo de educação permanente	Raquel Rosa Mendonça do Vale; Johnatan Martins Sousa; Eurides Santos Pinho; Marciana Gonçalves Farinha; Camila Cardoso Caixeta; Elizabeth Esperidião	2023	Enfermagem em Foco	Descritivo exploratório
45	Escuta, afeto e amorosidade: etnografia sobre a construção de um cuidado na rua	Fabiana Ferreira Koopmans; Donizete Vago Daher; Hermes Candido de Paula; Magda Guimarães de Araujo Faria	2023	RECIIS (Online)	Etnografia
46	Entre territórios pandêmicos: cartografia de um Consultório na Rua durante a pandemia de covid-19	Luiz Gustavo Duarte; Clarissa Terenzi Seixas; Helvo Slomp Junior; Maira Sayuri Sakay Bortoletto	2024	RECIIS (Online)	Cartografia
47	Pistas genealógicas de um Consultório na Rua: criminalização e assimilação	Maira Sayuri Sakay Bortoletto; Luiz Gustavo Duarte; Rossana Staeve Baduy; Alberto	2024	RECIIS (Online)	Genealogia

		Durán González			
--	--	----------------	--	--	--

## APÊNDICE 2

### Nota Técnica: A Atuação humanizada no Consultório na Rua

Atualização das orientações para o fortalecimento da perspectiva humanitária na atuação das equipes multiprofissionais do Consultório na Rua de Fortaleza, no processo de reconhecimento das demandas e nos atendimentos das pessoas em situação de rua.

#### OBJETIVO

Recomendar competências e habilidades profissionais que auxiliem os trabalhadores das equipes multiprofissionais do Consultório na Rua de Fortaleza a atuarem na perspectiva multiprofissional em seu dia a dia de produção de um cuidado humanizado e centrado na pessoa.

#### INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil temos aproximadamente de 281 mil pessoas em situação de rua, a maior concentração desse contingente populacional encontra-se nas regiões sudeste com cerca de 151 mil pessoas e nordeste por volta de 53 mil pessoas sobrevivendo nessas condições (IPEA, 2023). Segundo os dados mais atualizados produzidos pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BRASIL, 2024a), há em Fortaleza cerca de 8404 pessoas vivendo em situação de rua.

Houve no país nos últimos anos o crescimento da extrema pobreza e a necessidade de ampliar de maneira efetiva o acesso ao cuidado em saúde para as pessoas em situação de rua, que além da problemática da pobreza passam por diversas outras problemáticas sociais e de saúde, inclusive graves violações de Direitos Humanos (IPEA, 2023).

Em 16 de Janeiro de 2024, a Lei 14.821, a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua), foi sancionada e

conceitua atualmente o que é entendido como população em situação de rua para a legislação brasileira (BRASIL, 2024b, p.5):

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que tem em comum a falta de moradia e utiliza os logradouros públicos como espaço de moradia e de sustento, bem como as unidades de acolhimento institucional para pernoite eventual ou provisório, podendo tal condição estar associada a outras vulnerabilidades como a pobreza e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Tal legislação vem ao encontro à perspectiva governamental de mudança para implementação de propostas mais efetivas ao enfrentamento da situação de rua e a busca para superá-la explicitada no Plano “Ruas Visíveis, pelo direito ao futuro da população em situação de rua”. O Plano lançado pelo Governo Federal do Brasil, com o investimento inicial de R\$ 982 milhões, planeja elaborar ações que abordem sete eixos específicos: Assistência Social e Segurança Alimentar; Saúde; Violência Institucional; Cidadania, Educação e Cultura; Habitação; Trabalho e Renda; e Produção e Gestão de Dados (BRASIL, 2023).

O Plano “Ruas Visíveis” tem o objetivo de promover a efetivação da Política Nacional para a população em Situação de Rua. Tal medida tem a pretensão, por exemplo, de ampliar o número de equipes do Consultório na Rua (eCR) para 660 até o ano de 2026 e desenvolver e lançar o Programa Nacional Moradia Cidadã, que visa oferecer acesso à moradia com apoio de especialistas para a superação da situação de rua (BRASIL, 2023).

Em meio a perspectiva de aumento das eCR torna-se fundamental para a atuação multiprofissional nesse contexto da saúde a busca pelo trabalho na perspectiva interprofissional no manejo das ações das equipes, no trabalho em rede e na intersetorialidade das políticas públicas.

## **COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES**

Na realidade de Fortaleza, o município conta atualmente com 6 equipes do Consultório na Rua (CR) de perfil III para as 6 regionais de saúde correspondentes existentes na cidade. As equipes do CR possuem 11 profissionais: sendo uma Psicóloga, uma Enfermeira, um Médico, duas Técnicas de Enfermagem, uma Assistente Social, um Agente Social, dois Profissionais de Apoio e dois Motoristas. As eCR devem atuar de

maneira itinerante pelas regionais de saúde municipal com divulgação prévia as entidades governamentais e aos coletivos de enfrentamento a situação de rua semanalmente os locais de atendimento das equipes.

## **PROCESSOS DE TRABALHO**

O processo de trabalho dos profissionais que compõem as eCR deve ser criativo, singular e inovador, buscando o respeito à dignidade e à cidadania das pessoas. Os profissionais de saúde das equipes de Consultório na Rua devem ter a responsabilidade de fornecer cuidados a população em situação de rua pensados nos princípios da integralidade, equidade e universalidade.

Por situarem-se na Atenção Primária em Saúde, as eCR devem ser as coordenadoras do cuidado das pessoas em situação de rua, visando articular e prestar cuidados integrais à saúde. É necessário tentar estabelecer as articulações com as redes de apoio presentes na realidade municipal: as Unidades de Atenção Primária a Saúde, Policlínicas, Caps, serviços de urgência e emergência, instituições de assistência social e outras entidades civis ou públicas.

O trabalho no CR deve ser pautado na capacidade de organizar a gestão do processo de trabalho e da clínica, privilegiando a utilização sistemática de informação (dados epidemiológicos, clínicos, territoriais, culturais, da rede local, etc.), valorizando o trabalho multiprofissional, a gestão horizontal e a clínica colaborativa pautada pela comunicação, o trabalho humanizado, centrado na pessoa, e empregando a redução de danos como horizonte ético e técnico da equipe (MACHADO E RABELLO, 2019).

É necessário aos profissionais inseridos nas eCR estarem dispostos a abordar a população em situação de rua, escutar, criar vínculos e acolher as pessoas. É de extrema importância respeitar a liberdade do sujeito, não criminalizar a sua existência, saber lidar com temáticas sensíveis, dentre elas o estigma e o preconceito. São atitudes importantes no ato de cuidar na rua: possuir capacidade de adaptação a novas situações e lidar com imprevistos, disponibilidade para se relacionar com colegas e a população em geral, ser empático e colocar-se no lugar do outro, permanecer sensível em meio as dores trazidas pelas pessoas, paciência e estar aberto diante do outro. Por último, cabe ao profissional

ter uma “persistência acolhedora” as pessoas que negam o oferecimento do atendimento num primeiro momento e não desisti-las de atender somente pelo primeiro não dado no encontro com as mesmas.

Para a atuação no CR o profissional deve ter: conhecimentos sobre as políticas de saúde; conhecimentos sobre a rede local e o seu funcionamento, seja para ter capacidade de articulação junto a estes dispositivos ou de informar as pessoas que buscam os atendimentos; conhecimentos sobre as violências, preconceitos, discriminações e negligências junto à pessoa em situação de rua; ter noções de direitos e leis referentes à população em situação de rua; e conhecer a Rede de Assistência Social.

Para além desse tipo de conhecimento, é importante aos profissionais ter a capacidade de territorializar o território e saber a forma de funcionamento dos locais aonde atuam. Sobre o ato de territorializar, Gondim e Monken (2017, p. 36) comentam que:

Territorializar é ato de estar-fazer-fixar no território.

As pessoas vivem em constante processo de territorialização, na busca de demarcar territórios que propiciem construir identidade, regras e vínculos. Quando a pessoa se estabelece em determinado lugar, carrega consigo história, hábitos, costumes, pertences, projetos, desejos e dúvidas ao mesmo tempo que encontra e recebe elementos semelhantes e diversos que, em interação, vão contribuir (positiva ou negativamente) para a territorialização.

É necessário entender que a territorialização não tem um fim, está sempre acontecendo e em consonância com as demandas trazidas pelas pessoas que nele vivem. Entender o território nessa perspectiva de saúde nos faz produzir práticas de cuidado que dialoguem com a realidade concreta e de enfrentamento do público do Consultório na Rua, trabalha o território como um espaço de produção do cuidado em saúde.

Nesse sentido, a rua pode e deve ser entendida como um território de produção de cuidados, quando busca-se entender que as ruas também são territórios existenciais, para além das mazelas e vulnerabilidades. A diversidade existente entre as pessoas em situação de rua, e suas múltiplas existências enquanto sujeitos de direitos e atores sociais daquele território, precisa ser levada em conta para entender os processos de exclusão, pelos quais elas passam (MARQUES *et al.*, 2022).

A atuação no Consultório na Rua nos leva a perceber, que a territorialidade da cidade para

a população em situação de rua é totalmente diferente da planejada e utilizada pela sociedade de maneira geral. É característico das pessoas em situação de rua o estado de transitoriedade dos lugares, o não saber se estará naquele local no dia seguinte ao mesmo tempo em que se dá um significado para aquele território e cada encontro com elas deve ser encarado pelas eCR como uma possibilidade única de oferta do cuidado em saúde as mesmas.

No campo das aplicações de práticas científicas é importante a aplicação do conhecimento científico feito com linguagem simples e acessível as pessoas que serão atendidas, visando a resolução de problemas da população atendida. Ter capacidade crítica na avaliação e no manejo das situações clínicas, entender que quadros clínicos da realidade da rua envolvem fatores e cuidados necessários que vão além da simples prescrição de uma medicação.

Por último, é necessário salientar que os profissionais devem estar inseridos em constante contextos de processos de educação permanente como forma de atualização de suas práticas de trabalho e de eficácia para os atendimentos em saúde. Além disso, devem também buscar produzir nas equipes e individualmente espaços de autocuidado que visem a prevenção a saúde dos mesmos.

## **CONCLUSÃO**

Atuar no Consultório na Rua é uma experiência rica e complexa que demanda uma abordagem por múltiplas óticas, exige a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes. A humanização, a transdisciplinaridade, a territorialização e a formação continuada são elementos cruciais para a construção de um cuidado de qualidade e centrado na pessoa que produz o senso de dignidade as pessoas em situação de rua.

Ao compreender a rua como um território de produção de cuidados e ao investir na formação dos profissionais, é possível ajudar a transformar a realidade das pessoas em situação de rua e promover a integralidade de um cuidado humanizado, centrado na pessoa e promovedor de dignidade. A implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, que iniciou-se em 2011, representa um avanço significativo nos cuidados a essa parcela populacional. Entretanto, é preciso que os

profissionais das equipes multidisciplinares do Consultório na Rua estejam/sejam preparados para enfrentar os desafios da atuação nas eCR e ajudem com suas práticas a construir um futuro mais justo e digno para essa população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério Da Saúde. Governo anuncia R\$ 1 bilhão para Plano Ruas Visíveis - pelo direito ao futuro da população em situação de rua. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei n. 14.821, de 16 de janeiro de 2024. **Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 162, n. 12, p. 5-7, 17 jan. 2024a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Portaria MDS nº 972, de 26 de março de 2024**. Define os municípios e o Distrito Federal prioritários para a implementação da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas Cidades - Alimenta Cidades. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 164, n. 60, Seção 1, p. 16, 27 mar. 2024b.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M.. **Território e territorialização**. In: GONDIM, G. M. de M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

MACHADO, M. P. M., & RABELLO, E. T. (2019). Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 28(4), e280413.

MARQUES, L. S. et al.. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 123–132, jan. 2022.