

**Consultório na rua: uma análise do acesso à saúde pela população em situação de rua a partir do número de equipes e dos desafios enfrentados**

**Street clinic: an analysis of access to health by the homeless population based on the number of teams and the challenges faced**

**Consultorio en la calle: un análisis del acceso a la salud por parte de la población en situación de calle a partir del número de equipos y de los desafíos enfrentados**

Rodrigo de Jesus França<sup>1</sup>

Joilma Macedo Dias<sup>2</sup>

Camilla dos Santos Sant'Ana Andrade<sup>3</sup>

Wesley dos Santos Guimarães<sup>4</sup>

Israel Campos<sup>5\*</sup>

Recebido em: 27 ago. 2024

Aceito em: 13 maio 2025

**RESUMO:** A população em situação de rua (PSR), entendida como um grupo heterogêneo de pessoas que compartilham vulnerabilidades e utilizam os espaços públicos como local de abrigo, compartilham características que impactam diretamente no acesso ao sistema de saúde. O objetivo do presente trabalho foi analisar o acesso à saúde pela PSR a partir da análise do quantitativo de equipes do Consultório na Rua eCR e dos desafios enfrentados por essas equipes para atuação junto a essas pessoas. O estudo foi realizado por meio de estudo bibliográfico. Foram analisados estudos publicados em português, nos últimos 15 anos, nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (sciELO), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); além de repositórios institucionais e da legislação pertinente ao tema. Os descritores utilizados foram: “consultório na rua”, “funcionamento do consultório na rua”, “desafios enfrentados pelo consultório na rua”, “número de equipes consultório na rua”, “equipes do consultório na rua”. Os resultados indicam que apesar do crescimento do número de eCR nos

<sup>1</sup> Bacharel em Direito. Universidade Federal da Bahia (UFBA). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4722-9923>. E-mail: rjf.med@ufrb.edu.br.

<sup>2</sup> Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2333-6358>. E-mail: joilmamacedo8@gmail.com.

<sup>3</sup> Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1706-2303>. E-mail: camillaandrade@aluno.ufrb.edu.br.

<sup>4</sup> Graduando do Bacharelado em Nutrição. Universidade Federal da Bahia (UFBA). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4715-6704>. E-mail: wesleyguimaraes@ufba.br.

<sup>5\*</sup> Doutor em Educação. Universidade Federal da Bahia (UFBA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8514-8108>. E-mail: isracamposedh@gmail.com.

últimos anos, ainda há uma demanda reprimida. Ademais, a falta de números oficiais sobre a PSR dificulta a implantação de formas mais acertada dessa estratégia. Concluiu-se, também, que diversos desafios impactam a atuação das eCR, entre eles a falta de estrutura adequada, a dificuldade na formação e manutenção de vínculos com a PSR, os empecilhos criados por outros profissionais para atender essas pessoas e os riscos ocupacionais.

**Palavras-chave:** População em situação de rua. Consultório na rua. Saúde.

**ABSTRACT:** The Homeless Population (PSR), understood as a heterogeneous group of people who share vulnerabilities and use public spaces as shelter, share characteristics that directly impact access to the health system. The objective of this study was to analyze access to health by the PRS based on the analysis of the number of teams at the eCR Street Clinic and the challenges faced by these teams in working with these people. The study was carried out through an exploratory and qualitative literature review. Studies published in Portuguese over the last 15 years in the following databases were analyzed: Scientific Electronic Library Online (sciELO), Google Scholar, Virtual Health Library (BVS), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs); in addition to institutional repositories and legislation relevant to the topic. The descriptors used were: "street clinic", "street clinic operation", "challenges faced by street clinics", "number of street clinic teams", "street clinic teams". The conclusions indicate that despite the growth in the number of eCRs in recent years, there is still a pent-up demand. Furthermore, the lack of official figures on homeless people makes it difficult to implement this strategy in more effective ways. It was also concluded that several challenges impact the performance of eCRs, including the lack of adequate structure, the difficulty in forming and maintaining bonds with homeless people, the obstacles created by other professionals to serve these people and occupational risks.

**Keywords:** Homeless population. Street clinic. Health.

**RESUMEN:** La población en situación de calle (PSC), entendida como un grupo heterogéneo de personas que comparten vulnerabilidades y utilizan los espacios públicos como lugar de refugio, presenta características que impactan directamente en el acceso al sistema de salud. El objetivo del presente trabajo fue analizar el acceso a la salud por parte de la PSC a partir del análisis del número de equipos del Consultorio en la Calle (CeC) y de los desafíos enfrentados por dichos equipos en su actuación con estas personas. El estudio se realizó mediante una revisión bibliográfica. Se analizaron estudios publicados en portugués en los últimos 15 años, en las bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), además de repositorios institucionales y de la legislación pertinente al tema. Los descriptores utilizados fueron: "consultorio en la calle", "funcionamiento del consultorio en la calle", "desafíos enfrentados por el consultorio en la calle", "número de equipos del consultorio en la calle", "equipos del consultorio en la calle". Los resultados indican que, a pesar del crecimiento del número de CeC en los últimos años, aún existe una demanda reprimida. Además, la falta de datos oficiales sobre la PSC dificulta la implementación de estrategias más adecuadas. Se concluyó también que diversos desafíos impactan la actuación de los CeC, entre ellos la falta de estructura adecuada, la dificultad en la formación y mantenimiento de vínculos con la PSC, los obstáculos creados por otros profesionales para atender a estas personas y los riesgos ocupacionales.

**Palabras clave:** Población en situación de calle. Consultorio en la calle. Salud.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é um direito garantido a toda população. Tal afirmação é amparada pela Constituição Federal em vigor no país, que também reconhece a obrigação do Estado em fornecê-la mediante implantação de políticas públicas de cunho social e econômico e que visem mitigar a ocorrência de doenças e outras questões relacionadas (Brasil, 1988). A norma ainda prevê a universalidade no acesso a serviços e ações na busca de promover, proteger e recuperar o bem-estar cidadão (Brasil, 1988).

Em que pese a referida garantia, é preciso reconhecer que nem todas as parcelas da população brasileira vivem a mesma realidade quando se trata de acesso a esse direito essencial (Santana, 2014). Diversos autores destacam que as pessoas em situação de rua demandam estratégias específicas de atenção à saúde, porque, historicamente, enfrentam diversos obstáculos quando se trata dessa temática (Andrade *et al.*, 2022; Paiva *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2022).

Nesse contexto, visando minimizar as dificuldades que afligem as pessoas que estão nessa condição, em 2009 foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), por meio do Decreto n. 7.053. Entre seus princípios, estão o respeito à dignidade humana e o tratamento humanizado e universalizado, bem como, nos seus objetivos, assegurar acesso facilitado aos serviços pertencentes às políticas de saúde (Brasil, 2009).

Embora seja uma tarefa complexa definir esse grupo composto por diversas singularidades e formas de abordar suas demandas (Duarte, 2019), através do Decreto também podemos compreender os principais traços desse grupo que é heterogêneo e compartilha características como a vulnerabilidade extrema, inexistência ou afastamento da ligação familiar, utilização da rua como espaço de sustento e ausência de moradia estável, o que leva a fazer uso de espaços públicos ou programas de habitação e acolhimento provisórios (Brasil, 2009).

A vida na rua insere o sujeito numa experiência de sobrevivência extremamente desafiadora na qual devem ser levados em consideração múltiplos fatores, o que requer articulação entre as diversas políticas públicas existentes na área da saúde para efetivação desse direito. Assim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, reforçou a

importância Sistema Único de Saúde (SUS) no cuidado em saúde relacionado à PSR e destacou o papel da atenção primária para esse público (Brasil, 2011). Além disso, foi a responsável por criar as equipes do Consultório na Rua (eCR), às quais foi atribuída a tarefa de cuidar de modo integral da saúde dessa população (Brasil, 2011).

Considerando que a rua é um espaço dinâmico e as pessoas que estão em condição de viver na rua também refletem esse movimento, a PNAB prevê que cabe às eCR's levar o atendimento aos espaços onde a PSR está presente através de unidades móveis, ou seja, a equipe deve priorizar a busca ativa, indo até pessoas e não o contrário. Apesar disso, a utilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços da SUS também fazem parte da estratégia para alcançar esse público (Brasil, 2011).

Quando se fala em cuidado integral da saúde relacionado às pessoas em situação de rua, é necessário um olhar atento aos diferentes significados que o processo saúde-doença pode assumir nesse contexto, saúde vai além da ausência de doença, assim como doença transcende a presença de enfermidades. É preciso dar papel de destaque a cada indivíduo, bem como as suas vivências, relações interpessoais e com ambiente em que vivem, pois estes são fatores determinantes nesse processo (Machado *et al.*, 2022).

Passados 12 anos desde a sua criação, é possível observar que houve ajustes na execução dessa estratégia ao longo desse período, sobretudo visando sua ampliação do número de equipes, mas, apesar disso, ainda há muitos desafios a serem superados. O acesso promovido pelas eCR aos serviços e profissionais das demais estratégias que compõe a rede de atenção à saúde provoca um tensionamento dessa rede, pois requer um acolhimento, cuidado e uma interação para qual muitos não estavam preparados, devido as particularidades que envolvem a vida dessas pessoas que vivem nas ruas (Duarte, 2019).

Vê-se, portanto, que as equipes do Consultório na Rua possuem uma missão complexa, que envolve um cuidado humanizado e diligente com as particularidades que envolvem a vida na rua. O estigma social, abandono, a violência, falta de oportunidades, negligência estatal, fome e o abuso de substâncias psicoativas são alguns aspectos que estes profissionais terão que lidar no atendimento da PSR. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo aprofundar os conhecimentos acerca da atuação das equipes do Consultório na Rua. Para tal,

primeiro propomos compreender como ocorre o dimensionamento das equipes a partir dos critérios previstos na legislação pertinente, em seguida, tratamos dos desafios enfrentados pelas equipes na busca por promover o acesso à saúde para a PSR.

## **METODOLOGIA**

O referido artigo, caracteriza-se como um estudo bibliográfico, de abordagem exploratória e qualitativa. Foram consultadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (sciELO), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Acervo digital da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (Uniarp) e o Repositório Institucional da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Sendo aplicados os seguintes descritores nas buscas “consultório na rua”, “funcionamento do consultório na rua”, “desafios enfrentados pelo consultório na rua”, “número de equipes consultório na rua”, “equipes do consultório na rua”. Os critérios para inclusão deste material foram: trabalhos publicados nos últimos 15 anos, trabalhos publicados em português e trabalhos na íntegra que retratassem a tese referente ao consultório na rua. Já os critérios de exclusão foram: trabalhos em outros idiomas, trabalhos incompletos e trabalhos que fugissem do tema.

Além dessas bases, foi essencial uma busca na Legislação Brasileira, a fim de obter conhecimento a respeito das leis e portarias que definem as diretrizes de organização e funcionamento das eCR. Paralelamente, analisou-se dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Essa complementação técnica e jurídica é citada no decorrer do artigo, em consonância com a bibliografia utilizada.

Após a identificação inicial, os materiais passaram por quatro etapas até a seleção final. A primeira delas foi uma leitura exploratória, focando nos títulos e resumos. Aqueles que, de forma perceptível, não atendessem aos critérios exigidos, foram imediatamente excluídos. Em seguida, houve uma leitura seletiva, que consistia na leitura completa das obras, visando selecionar as informações mais relevantes e compreender se aquele estudo teria relevância para a investigação. Ademais, foi feita uma leitura analítica dos textos selecionados, visando

ordenar e sumariar as informações. E por fim, uma leitura interpretativa, buscando relacionar as informações com outros conhecimentos adquiridos.

Esse processo de organização foi realizado mediante um fichamento, que continha uma síntese das principais ideias, citações relevantes, registro de quais obras foram consultadas, observações e análises sobre os estudos. Dessa forma, os pesquisadores tiveram acesso facilitado aos dados, sem a necessidade de consultar constantemente sobre um determinado tema. Após essa triagem, os dados extraídos foram analisados qualitativamente, buscando identificar convergências entre os conteúdos coletados, agrupando e categorizando aqueles com características em comum.

## **RESULTADOS**

### **Análise da evolução do número de eCR a partir da legislação**

Com a aprovação das já citadas PNPSR (2009) e PNAB (2011), coube aos entes públicos pôr em prática suas determinações no tocante a implementação das eCR no território Nacional. A Portaria n. 123 de 2012 do Ministério da Saúde, foi responsável por definir os parâmetros relacionados ao número máximo de eCR por município (Brasil, 2012). Quando foi editada, havia no país um total de 92 equipes, distribuídas em 70 municípios e 23 estados, apenas os estados de Sergipe, Tocantis e Roraima não possuíam eCR atuando, mesmo com algumas de suas cidades já podendo implementá-las como ocorreu nas demais unidades da federação (Brasil, 2012).

De acordo com a Portaria, para chegar ao número de eCR deveriam ser levados em conta dados referentes ao número de habitantes de cada municípios. Aqueles com menos de 100.000 habitantes deveriam comprovar a existência de pessoas em situação de rua para serem contemplados pelo programa (Brasil, 2012). Para municípios com população entre 100.000 e 300.000 habitantes, é possível afirmar que existia uma presunção da presença da PSR, mas os dados, que deveriam ser extraídos de censos populacionais, precisavam ser confirmados por órgãos oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2012). Por fim, para os municípios com população superior a 300.000 habitantes, também havia uma presunção da presença de pessoas vivendo nas ruas, porém a base de dados utilizadas para atestar eram as

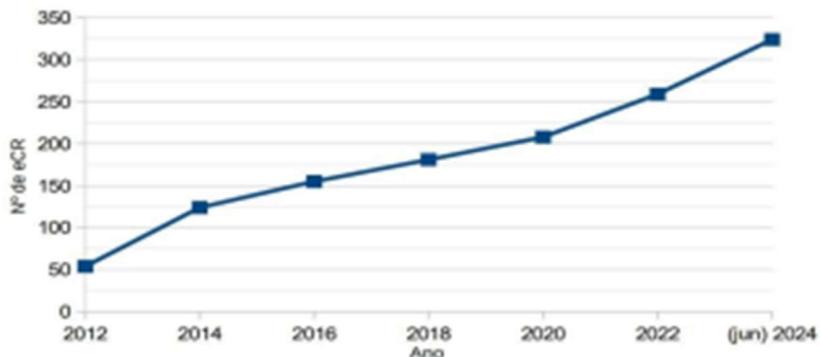
pesquisas realizadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e pela Secretaria de Direitos Humanos existentes à época e não mais os censos (Brasil, 2012).

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação nº 2, que trata de normas referentes às diversas políticas que integram o SUS (Brasil, 2017). Nela, há um capítulo dedicado ao cálculo do número de eCR por município que trouxe algumas modificações quando comparada à PRT nº 123/2012. A principal alteração foi a mudança na forma de calcular o número máximo de eCR, que passou a ser feito não mais pela quantidade total de habitantes do município, mas levando em consideração apenas a PSR e dividindo esse quantitativo por 500 (PSR/500), devendo o resultado dessa divisão ser de pelo menos 80 pessoas em situação de rua para que a estratégia pudesse ser implementada (Brasil, 2017). Outro critério estabelecido foi que nos municípios com mais de 100.000 habitantes deveriam haver ao menos uma eCR, independente da comprovação de pessoas em situação de rua (Brasil, 2017).

A mais recente alteração nos critérios relativos ao quantitativo máximo de eCR foi promovida pela Portaria nº 1.255 de 2021 do MS, que passou a considerar as bases de dados do Sistema de Informação em Saúde para atenção Básica (SISAB), do ano de 2020, sobre a PSR e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2019, acerca da população dos Municípios com mais de 100.000 habitantes (Brasil, 2021). Vale mencionar que também foi prevista a possibilidade de inclusão de entes com população menor, desde que comprovada a necessidade. Ainda segundo a PRT nº 1.255/2021, ao todo 329 municípios distribuídos nos 26 estados da federação e no Distrito Federal estavam habilitados para implantar a estratégia devido ao seu suporte populacional e quantidade de PSR (Brasil, 2021).

O gráfico apresentado na Figura 1 demonstra que houve o crescimento significativo do número de eCR pouco mais de uma década após sua criação, nesse período o número de equipes aumentou seis vezes, com acentuada expansão entre 2020 e 2024, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2012; 2024). Assim, é possível notar desde a sua criação que houve uma preocupação governamental em ampliar a abrangência e realizar adaptações no programa para gerar um maior impacto no público ao qual se destina (Medeiros, Cavalcante, 2018).

**Figura 1** - Demonstrativo do crescimento das eCR entre 2012 e jun 2024.



**Fonte:** Os autores, com base nos dados do CNES/DataSUS entre 2012 e jun. 2024.

Porém, quando comparado a quantidade de municípios que poderiam receber essa estratégia devido ao seu contingente populacional, notou-se que ainda há uma demanda reprimida. Verificou-se, também, uma inconsistência nos dados oficiais, uma vez que a PRT n. 123/2012 afirma a existência de 92 eCR em 2012, já os dados do CNES apontam apenas 54 equipes (Brasil, 2012; CNES, 2012).

A situação se agrava quando observamos que há municípios que possuem uma quantidade elevada de PSR, os quais poderiam contar com mais de uma eCR, conforme critérios citados. A título do exemplo, só a cidade de São Paulo poderia ter 65 equipes atuando nas ruas devido a sua gigantesca população e quantidade de pessoas em situação de rua, porém, em 2024, possui apenas 36 equipes (CNES, 2024). Conforme consta na PRT nº 1.255/2021, o número máximo de eCR em 2022 no país poderia chegar a 892, ou seja, um número muito superior ao de equipes ativas atualmente (Brasil, 2021).

É preciso lembrar, também, que a estimativa de eCR feita na Portaria supracitada tem por bases os dados do IBGE relativos ao ano de 2019. Ocorre que, o censo populacional realizado pelo mesmo Instituto em 2022 aponta um crescimento de 6,5% da população, fato que também pode influenciar no aumento da PSR e, como consequência, no número máximo de eCR (IBGE, 2022). Nesse sentido, é preciso recordar que políticas públicas complexas exigem um constante processo de modificações para responder as demandas dos atores que as compõe (Wu *et al.*, 2014).

Importa, ainda, ressaltar que no Brasil não há dados oficiais sobre o número de pessoas em situação de rua, isto porque os dois últimos Censos do IBGE, nos anos de 2010 e 2022 utilizaram como critério para contagem da população o chamado método tradicional que

contabilizou apenas pessoas domiciliadas (IBGE, 2010; 2022). As pesquisas mais confiáveis sobre o tema são do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que estimou um número de 281.427 pessoas em situação de rua em 2022; e do Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), que indicava um quantitativo de 236.400 pessoas que viviam nas ruas e estavam inscritas no cadastro no mesmo ano, não foram contabilizadas aquelas que não estavam inseridas do programa (IPEA, 2023).

Esse fato demonstra o distanciamento entre o que está previsto na PNPSR e o que ocorre na realidade, visto que instituir a contagem oficial da PSR é um objetivo presente nessa política desde sua edição em 2009 (Brasil, 2009). Contudo, a perspectiva é que esse critério sofra alteração nas próximas contagens, tendo em vista as discussões em torno do Projeto de Lei n. 44.98 de 2020, que determina a inclusão da PSR no Censo do IBGE (Brasil, 2020).

Em suma, observa-se que as eCR tiveram um crescimento representativo nos últimos anos, o que demonstra uma preocupação em levar os serviços de saúde à PSR que necessidade um atendimento específico, que leve em consideração as dificuldades e particularidades que envolvem a vida nas ruas. Apesar disso, constatou-se que ainda há uma demanda pelo aumento das equipes, em vez que nem todos os municípios com capacidade de receber essa estratégia conseguiram implementá-la, ou a quantidade de PSR exige um número maior de equipes nos que já possuem.

#### **Os desafios que permeiam a atuação das eCR**

O exercício do cuidado no espaço urbano, ao fugir do convencional, requer um atendimento fundamentado na perspectiva do cuidado integral, visando não apenas dar auxílio aos necessitados, mas, focando na promoção da saúde e na recuperação da qualidade de vida, considerando os elementos que os colocam em uma situação de risco (Paula *et al.*, 2018).

Desse modo, as eCR precisam estar constantemente inovando as formas de abordagem, já que não dispõe de um local estruturado que contribua na construção de um ambiente acolhedor (Silva *et al.*, 2015; Duarte, 2019). Em vista disso, a escuta ativa e o diálogo são aplicados, respeitando as singularidades dos usuários, bem como, suas histórias, aflições e anseios, a fim de estabelecer uma relação de confiança (Silva *et al.*, 2015). No entanto, esse vínculo não é formado facilmente, dado que essas pessoas possuem um histórico de

repressões sociais, privação de serviços básicos e direitos humanos fundamentais (Paula *et al.*, 2018). Tais vivências ferem a integridade mental dessa população, fazendo com que os mesmos apresentem resistência em formar vínculos de confiança com os agentes, por medo da repressão (Duarte, 2019; Vargas, Macerata, 2018).

As rígidas definições de áreas, além de impossibilitar a continuidade dos tratamentos, afetam na formação de vínculos duradouros, dado que as eCR têm territórios definidos em que oferecem serviços e raramente podem atender fora dessas áreas. Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, uma mulher em situação de rua relata preocupação com uma possível quebra de vínculo; “E6: Fazer o que, complica, complicou, que a única pessoa que estava entendendo a minha doença era ela (médica), e agora eu não sei para onde eu vou mais” (Borysow, Oda e Furtado, 2023).

A PSR enfrenta diversas dificuldades ao tentar acessar os serviços de saúde sem estar acompanhada das eCR, sem essa assistência existe uma imensa recusa em prestar os atendimentos (Ferreira *et al.*, 2016). Essas condutas desestimulam as equipes, que trabalham arduamente para estabelecer um vínculo, que pode ser rompido por despreparo de outros profissionais (Cardoso *et al.*, 2018). São apresentadas diversas razões que justificam a recusa em atender essa população, dentre elas, as que mais se destacam são a ausência de documentos e a falta de comprovante de residência para a confecção do cartão SUS (Boldorini *et al.*, 2020).

Contudo, a Portaria n. 940 de 2011 do MS, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dispensa a apresentação de comprovante domiciliar para essa população (Brasil, 2011). É válido salientar que qualquer indivíduo possui direito ao atendimento em instituições de saúde, sendo ele portador de documentos ou não. A negativa em cumprir seus deveres enquanto profissional de saúde é contrária às diretrizes da Política Nacional de Humanização (Boldorini *et al.*, 2020).

Os agentes de saúde atribuem a responsabilidade pela PSR apenas ao consultório na rua, acreditando ser uma questão exclusiva desses profissionais (Simões *et al.*, 2017). Até mesmo receber atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, torna-se uma tarefa complexa, uma vez que as solicitações de suporte das equipes não são priorizadas.

Havendo recusas em intervir em situações que a PSR esteja envolvida, por considerar que esse papel de assistência é restrito às eCR (Borysow *et al.*, 2023)

Logo, denota-se a existência de uma barreira na integração das redes intersetoriais. Essa barreira torna-se ainda mais acentuada, no que tange o acolhimento das eCR nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Vários autores defendem que apesar da imposição de que o Consultório na Rua esteja conectado a uma UBS, visto que essas duas estruturas se correlacionam e precisam se integrar para atender as demandas populacionais, as eCR precisam lidar com dificuldades relacionadas ao espaço inadequado ofertado, à falta de insumos e às hostilidades (Ferreira *et al.*, 2016; Simões *et al.*, 2017; Lima *et al.*, 2019).

Em um estudo realizado na cidade de Maceió, foram recolhidos relatos de 14 profissionais acerca da integração nas UBS, entre eles destacamos o seguinte relato:

Começa por aí esse ambiente de trabalho. É com essa energia mais de rejeição do que de agregar, integrar, acolher (P3; E1). Até a própria limpeza é precária quando é a nossa sala. É uma coisa à parte, não faz parte é à parte (P6; E1). A nossa sala não tem luz. Um membro da equipe leva todo dia a luz, uma lanterna, uma coisa que ele tem, é uma gambiarra que ele fez (P10; E1)" (Ferreira, *et al.*, 2016).

Depreende-se, portanto, que as privações da PSR a serviços essências, como a saúde, associados a fragilidade nas redes, impõem a necessidade de o consultório na rua possuir um espaço físico. Embora seja itinerante, a equipe carece de um centro de referência, que seja um local de acesso garantido, sem restrições, desse modo fazendo valer o princípio da universalidade, que determina que todos os cidadãos, sem quaisquer distinções, têm direito ao acesso livre as ações e serviços de saúde ofertados.

Ferreira e colaboradores (2016) também colheram relatos de 18 pessoas em situação de rua que foram atendidas pelas eCR, as quais manifestaram suas opiniões quanto à organização estrutural do consultório na rua:

Se tivesse um local certo que o pessoal soubesse, não precisava nem eles andar, que eu mesmo procuraria que tivesse um ponto ou posto deles mesmo [...] pra mim seria melhor" (E12). Construir um espaço, mais conforto, onde eles possam estar aqui sempre ou a gente ir até a eles. Um espaço só pra eles eu acho, porque aqui tem muitos locais que dava sim pra

fazer e não tá botando-os ali ou aqui, ou em cantos que não é apropriado pra eles(E7). (Ferreira, *et al.*, 2016).

Outrossim, diferentes autores afirmam que as equipes precisam lidar com limites estruturais que barram a promoção do cuidado. Como exemplo, citam que a carência de meios de transporte é um fator agravante, já que, apesar de haver uma grande demanda por serviços, a equipe é contemplada apenas por um veículo, resultando em atrasos, cancelamentos de atividades agendadas e redução da distância percorrida pelos agentes, dificultando a cobertura e deixando muitos usuários desassistidos (Duarte, 2019; Ferreira, *et al.*, 2016; Cardoso *et al.*, 2018).

Desde 2010 as fichas de cadastro e acompanhamento, formuladas especificamente para a PSR, tornaram-se acessíveis nos registros eletrônicos de todas as UBS. Porém, as equipes as consideravam incompatíveis com a realidade do usuário, em vista disso implementavam registros manuais em seus serviços, já que não são fornecidos dispositivos eletrônicos portáteis, como tablets ou notebooks (Engstrom *et al.*, 2019; Kami *et al.*, 2016). Contudo, esses registros, por se tratarem de papel, são considerados frágeis, uma vez que estão mais suscetíveis a danos e extravios (Aparecido *et al.*, 2021).

Os ambientes onde ocorrem as atividades, por estarem inseridos em um cenário não convencional, oferecem diversos riscos ocupacionais a saúde dos trabalhadores, uma vez que esse tipo de trabalho apresenta desafios específicos consequente desse espaço. Eles são expostos a condições climáticas adversas, além de lidar com a inalação de agentes químicos. Ressalta-se, ademais que, há um afastamento entre os fundamentos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e as normas regulamentadoras.

Todavia, há aqueles que deixam de lado sua prevenção por receio de colocar aquelas pessoas em uma situação de desconforto, visto que são indivíduos que têm a sua confiança conquistada paulatinamente. Portanto, romper um vínculo significa voltar para a estaca zero, assim, muitos acabam vivenciando um impasse entre se prevenir ou conservar o vínculo estabelecido.

Durante a pandemia de Covid-19, esse quadro piorou consideravelmente, pois não houve um plano de integração que priorizasse o papel da Atenção Primária à saúde na luta contra o coronavírus. Tampouco existiam protocolos para o atendimento dessa população em

específico, pois os comitês de crise raramente incluíam as eCR. Essas circunstâncias dificultavam o controle da disseminação do vírus e a tomada de decisões eficazes, uma vez que as eCR estão na linha de frente, tendo contato direto com as necessidades dessas pessoas (Botteon *et al.*, 2019).

Destaca-se, também, o mau planejamento em relação ao cuidado dos profissionais, uma vez que a quantidade de equipamentos de proteção individual ofertados foi insuficiente. Essa carência de insumos afetava diretamente o atendimento, já que esses profissionais presam tanto pela aproximação e acolhimento do usuário (Botteon *et al.*, 2019).

Em uma pesquisa realizada com 94 equipes que integravam as eCR de 83 municípios, foi apontado o receio de se aproximar para prestar atendimento, conforme o relato de um dos profissionais “Não consigo chegar perto deles como eu fazia antes, não consigo dar a mão sem sentir um certo medo” (Machado *et al.*, 2022).

Além de tentar superar todos os empecilhos, muitos profissionais ainda precisam lidar com a frustração, em diversos casos, os agentes realizam o encaminhamento dos usuários, se esforçam para que a população se sinta ouvida e vista. Contudo, muitas vezes essa população se depara com obstáculos que os fazem retroceder, bem como, recaídas provenientes dos vícios ou discriminações sofridas.

Tais situações, tornam o trabalho desgastante emocionalmente, dado que se esforçam ao máximo, colocando até mesmo sua saúde em risco, mas observam que o avanço muitas vezes é descontinuo (Silva, Frazão e Linhares, 2014), desse modo, acabam criando o receio de não estarem desempenhando eficientemente seu papel, fatores que fomentam um clima de responsabilização interna na equipe (Ferreira *et al.*, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após 12 anos da instituição das eCR como uma estratégia para garantir o acesso à saúde para a PSR, conectando essas pessoas aos diversos serviços oferecidos na rede pública, é possível notar alguns avanços, mas, também, a presença de uma série de desafios que são enfrentados pelas equipes diariamente nas ruas.

A definição de critérios objetivos acerca da possibilidade de criação das eCR, bem como o aumento do número de equipes nos últimos anos, demonstra que há uma preocupação

crescente do poder público com as diversas questões que entrelaçam o cuidado em saúde para quem vive nas ruas, em especial a necessidade de existir equipes compostas por profissionais de saúde específicas para esse fim e em quantidade minimamente adequada nos municípios onde a PSR tende a ser maior.

Apesar disso, ponderando o futuro, a ausência de uma contagem com números oficiais que tragam a realidade do quantitativo da PSR é uma falha de natureza grave, que gera preocupação, sobretudo, por já estar prevista na PNPSR há quase 15 anos e mesmo assim ainda não ter sido realizada. Tal situação afeta diretamente as eCR, visto que sua quantidade é definida por um cálculo que utiliza dados que não consideram a PSR em suas abordagens, mas apenas pessoas domiciliadas. Vê-se, portanto, que há uma contradição.

No tocante as dificuldades enfrentadas pelas eCR para atuação junto a PSR, notou-se que as formas de abordagem exercem um papel central nessa estratégia. A vivência nas ruas acarreta uma série de estigmas, dificuldades, preconceitos e medos que afetam essa população e se tornam uma barreira para aproximação das eCR. Nesse sentido as equipes precisam constantemente criar estratégias para firmar e fortalecer os vínculos e assim executar o trabalho de promoção da saúde.

Outrossim, a falta de preparo dos profissionais que integram outros serviços do sistema de saúde também afeta diretamente o trabalho das eCR. A recusa ou os empecilhos criados no atendimento a PSR que busca diretamente a rede de saúde, podem gerar um entrave, fazendo com que essas pessoas relutem em procurar novamente por ajuda, ainda que sejam acompanhadas pelas eCR.

Não obstante, também merece atenção os riscos ocupacionais aos quais as eCR estão expostas. Por atuarem nas ruas, muitas vezes as equipes estão expostas a diversos fatores que podem afetar sua bem-estar físico. Essa preocupação é colocada de lado por muitos profissionais durante a atuação, em especial quando constituem barreiras à aproximação com a PSR ou quando representam em risco de quebra dos vínculos já estabelecidos.

Por fim, observou-se, a partir da pesquisa bibliográfica, que a produção científica acerca da PSR ganhou atenção especial nos últimos anos com uma quantidade significativa de trabalhos. Entretanto, quando se trata de temas mais específicos ligados a esse universo, como estudos sobre as eCR, e análise sobre as tendências atuais das políticas relativas à PSR

o mesmo não pode ser dito. Em vista disso, apontamos para a necessidade de aprofundamento sobre essa temática como eixo central para novas abordagens.

### **CONFLITO DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, R.; SOUZA, A. A.; SOUSA, E. T.; ROCON, P. C.. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227–239, jan./mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>.

APARECIDO V. M. F.; GRACIANO S. L.; LIMA DOS S., A. A atuação do consultório na rua quanto ao acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: uma revisão literária. **Conjecturas**, v. 21, n. 3, p. 663–680, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.53660/CONJ-166-310>.

BOLDORINI, G.; PFAFFENBACH, G.; CASTRO, C. P. de.; CALIL, S. R.; ZANATTA, A. B. O impacto dos consultórios na rua frente à população em situação de rua: uma revisão de literatura. **Journal Archives of Health**, v. 1, n. 6, p. 418–535, nov./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.46919/archv1n6-014>.

BORYSOW, I. DA C.; ODA, W. Y.; FURTADO, J. P. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. 33-42, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333042>.

BOTTEON, L. M.; OLIVEIRA, C. F. de; JANUZZI, A. A. MULHERES NA RUA: produção de cuidado e atravessamentos feministas. In: CARVALHO, S.R.; SATER, H.; CHEIDA, R.; OLIVEIRA C.F. (Org.). **Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais**. 01ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019, v. 01, p. 203-220.

BRASIL. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1069–1076, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Diário Oficial da União. Brasília, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 02 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm)

Acesso em: 06 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 123**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Diário Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html). Acesso em: 05 jun 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.255**. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255\\_21\\_06\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html). Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Brasília, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat\\_pop\\_rua\\_digital.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf). Acesso em: 06 jun 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Diário Oficial da União. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html). Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES **Consultas: equipes – eCR**. Dez/2012-jun/2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>. Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 4.498**. Determina a inclusão da população em situação de rua no censo demográfico realizado periodicamente pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/144607>. Acesso em: 15 jun. 2024.

CARDOSO A.C.; SANTOS D.S.; MISHIMA S.M.; ANJOS D.S.C.; JORGE J.S.; SANTANA H.P. Desafios e potencialidades do trabalho de enfermagem em consultório na rua. **Rev Latino Am Enferm.** 2018; 26(e3045):1-9.

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. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>.

ENGSTROM, E.; LACERDA, A.; BELMONTE, P.; TEIXEIRA, M. B. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 50– 61, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>.

FERREIRA, C. P. DA S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. DE. Consultório na Rua em Uma Capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. E00070515, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>.

Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica n. 103: estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>. Acesso em: 10 jun. 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados / IBGE**, Coordenação técnica do censo demográfico. Editora IBGE. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico2022.html>. Acesso em: 10 jun. 2024.

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 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>.

LIMA, A. F. S. et al. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03495, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018022603495>.

MACHADO, M.P.M.; RABELLO, E.T. Consultórios na rua: uma revisão de literatura sobre seus objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação. In: NUNES, N. R. A.; SENNA, M. de C. M.; CINACCHI, G. B. (org.). **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais**. Porto Alegre: Redeunida, 2022. p. 109-127.

MEDEIROS, C. R. S.; CAVALCANTE, P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 754–768, jul./set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>

PAIVA, I.K.S.; LIRA, C.D.G.; JUSTINO, J.M.R.; MIRANDA, M.G.O.; SARAIVA, A.K.M. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

PAULA, H. C.; DAHER, D. V.; FARIAS, M. G. A.; BRANDAO, P. S.; SCORALICK, G. B. F. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. A implantação do Consultório na Rua na Perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2843–2847, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população em situação de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.8, p. 1798-1799, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>.

SILVA, C. C. DA.; CRUZ, M. M. DA.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 246–256, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>.

SILVA, F. P. DA.; FRAZÃO, I. DA S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 805–814, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>.

SIMÕES, T. DO R. de B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, P. G. G.. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 963–975, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711423>.

VARGAS, E. R.; Macerata, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para O Cuidado E A Gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública** v. 42 [online]. Out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S.. **Guia de políticas pública: gerenciando processos**. Brasília: Enap, 2014. 161 p.