

CONSULTÓRIO NA RUA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ESSA ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Tereza de Fátima Freitas de Oliveira

Centro Universitário Fametro - Unifametro

tereza.oliveira@aluno.unifametro.edu.br

Lorena Moura Paiva

Centro Universitário Fametro - Unifametro

lorena.paiva@aluno.unifametro.edu.br

Sarah Gomes de Sousa

Centro Universitário Fametro - Unifametro

sarah.sousa@aluno.unifametro.edu.br

Título da Sessão Temática: Processo de Cuidar

Evento: VII Encontro de Iniciação à Pesquisa

RESUMO

Este estudo tem a finalidade de elaborar uma revisão integrativa de literatura sobre o programa Consultório na Rua. Visto que a metodologia utilizada foi a supracitada, foram incluídos artigos com textos em português indexados em bases de dados relevantes. De acordo com a análise dos dados, foi possível concluir que o consultório na rua é uma estratégia de cuidado que pode ser vista como uma potência no atendimento de pessoas em situação de rua e no exercício da redução de danos. No entanto, pesquisas sobre esse programa ainda são escassas.

Palavras-chave: consultório na rua; cuidados em saúde; população em situação de rua.

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 considera a saúde direito de todos e dever do Estado. Para garantir esse direito, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um de seus princípios doutrinários a equidade, relacionada a promoção de justiça social no atendimento a população em geral. Esse princípio tem o objetivo de diminuir desigualdades e pressupõe medidas de atendimento adaptadas para necessidades distintas. Ou seja, não é somente assegurar o acesso a saúde a todos, mas também garantir que cada usuário seja assistido de

acordo com as suas especificidades. Uma das populações que mais precisam dessa assistência é a população em situação de rua (PSR), grupo caracterizado por ausência de abrigo, pobreza extrema, o que as impede de satisfazer necessidades básicas, como alimentação. A falta de alimentação saudável e higiene precária, já são fatores prejudiciais a saúde dos indivíduos e, além disso, essas pessoas estão mais vulneráveis a sofrer violências, o que as afasta ainda mais do conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (OMS/WHO, 1946), ou seja, pessoas nesse contexto requerem atenção e cuidados especiais. Na prática, no entanto, as pessoas que vivem essa realidade se deparam com inúmeras dificuldades para acessar o sistema, no qual essa população tem visibilidade negativa que afeta a forma como essas pessoas são atendidas e os estigmas aos quais essa população está exposta. Outra dificuldade é a burocracia que dificulta o acesso aos serviços por conta da falta de documentos para identificação ou o cartão do SUS, portanto houve a necessidade de implementar a estratégia de cuidado Consultório na Rua (CnaR) que foi criado como equipamento clínico com o propósito de suscitar cuidados a PSR.

O programa piloto, denominado Consultório de Rua (CR), um programa da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, era destinado a abordar problemas relacionados ao uso de álcool na população. Porém o mesmo foi encerrado e, em seguida, foi criado o programa Consultório na Rua (CnaR), formado por equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante desenvolvendo e promovendo ações de atenção integral à saúde para a população em situação de rua, integrando assim a Rede de Atenção Psicossocial. As normas que fundamentam essa estratégia de cuidado são: (1) O Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua; (2) A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011; (3) A Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. As equipes multiprofissionais que atuam nos Consultórios na Rua podem desempenhar suas atividades juntamente às UBS (Unidades Básicas de Saúde), aos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), aos serviços de urgência e emergência ou outros pontos de ação, de acordo com a necessidade do usuário. Essa estratégia de cuidado se mostra como uma potência na atenção básica por atender o usuário dentro de seu contexto social, dando ao profissional de saúde a possibilidade de compreender de forma mais abrangente suas necessidades e como o mesmo é afetado pelo seu contexto.

Tendo em vista a relevância social desse programa, objetivamos com esse trabalho sintetizar através de levantamento bibliográfico o que tem sido produzido e publicado sobre esse programa.

METODOLOGIA

Este trabalho se trata de uma revisão integrativa com coleta de dados realizada a partir das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) utilizando o descritor “consultório na rua”. Realizamos também buscas pelo descritor “consultório de rua”, obtendo os mesmos resultados anteriores. Consideramos para a síntese dos dados obtidos, apenas os periódicos que estão disponíveis completos em português e que contém o termo “consultório na rua” como uma das palavras-chave ou dentro do texto do resumo. Excluimos da análise as teses de mestrado e/ou doutorado, assim como revisões integrativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora tenha havido um crescimento nas publicações em 2018 em relação aos anos anteriores, a produção de pesquisas sobre o tema ainda é escassa. Os periódicos mais antigos encontrados nas bases de dados datam de 2014. Ainda há poucas publicações advindas da Psicologia, enquanto a Enfermagem se destaca em produções sobre o tema. Ao todo, encontramos 24 publicações dentro dos critérios de inclusão.

Em todas as publicações, destaca-se o direito constitucional à saúde como uma das fundamentações do trabalho da equipe de Consultório na Rua (eCnaR), onde objetiva-se incluir esses usuários de contexto de vulnerabilidade social na rede de cuidado em saúde, que antes poderia ser excludente.

Um dos pontos básicos citados nos artigos é o estabelecimento de um vínculo com os usuários. Em um estudo sobre uma eCnaR em Manguinhos (RJ), Engstrom e Teixeira (2016) apontam que o atendimento clínico imediato, como fornecimento de analgésico, curativo, cuidado dentário ou até mesmo um corte de cabelo, constituía a primeira forma de vínculo entre o profissional da equipe e o usuário, demonstrando a disponibilidade para atendê-los.

O CnaR está imbricado à estratégia de Redução de Danos (RD), principalmente porque o consumo de álcool e drogas se mostra um dos principais motivos para a pessoa estar em situação de rua, sendo outros: problemas familiares e financeiros. A RD é uma estratégia

de enfrentamento do uso abusivo de álcool e drogas que, diferentemente de outras estratégias, não impõe abstinência, preservando a autonomia do sujeito em relação ao próprio consumo, se contrapondo às práticas de recolhimento de usuários em abrigos e/ou internação compulsória (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

A literatura indica que, além da burocracia anteriormente apontada, um dos motivos para a PSR não buscar atendimento nas UBS é o constrangimento devido ao preconceito e falta de tato dos profissionais de saúde ao lidar com essa população. A naturalização de estigmas relacionados ao discurso da periculosidade e necessidade de higienização dos grandes centros urbanos, reforça a visibilidade negativa da PSR como agentes de problemas urbanos, como por exemplo a violência, e contribui para a manutenção da exclusão social sofrida pelos mesmos. O CnaR se dispõe a adentrar locais considerados hostis e/ou perigosos nas cidades, com um “olhar humanizador” capaz de constatar que “a rua não é só um lugar de passagem e circulação, é também local de permanência e de moradia, de repressão e de resistência.” (HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1501)

Vargas e Macerata (2018) indicam que o CnaR tem três planos de atuação: a rua, a sede/unidade de referência e as redes institucionais e que esses planos perpassam uns aos outros. Os autores ressaltam a importância do olhar para o plano rua, que, nesse caso, é o território de vida e de moradia das pessoas. E esse território precisa ser compreendido não apenas por organização física e geográfica, mas por um funcionamento subjetivo caracterizado por aspectos visíveis e invisíveis. De acordo com os autores, os aspectos visíveis são aqueles que podem ser mapeados e sistematizados, como dados epidemiológicos, delimitação territorial, recursos, dados sobre violência, entre outros. Já os aspectos invisíveis se mostram nas dinâmicas relacionais estabelecidas pelos usuários no território, ou seja, as relações que nele se estabelecem e os lugares afetivos e simbólicos que ele ocupa na vida dos sujeitos. A sede se apresenta como um local onde os usuários vão para atendimento de demandas mais específicas, como curativos e exames. A rede é o conjunto dos dispositivos e serviços de saúde e políticas públicas. Os autores reforçam a importância do CnaR criar relações, negociar e entender a lógica e a função de cada serviço acolhendo suas dificuldades, mas também tensionando a acolhida da rua e suas especificidades.

Compreender o território e os atravessamentos que ele constitui nos usuários que nele habitam se faz relevante para um cuidado que vá além do biológico e foque no biopsicossocial. Na rua são estabelecidos microterritórios através das relações de afeto e solidariedade originadas pela necessidade de criar estratégias de sobrevivência. Segundo Santos e Ceccim (2018), essas microterritorialidades constituem subjetividade e comunidade.

Essa percepção é essencial para o engendramento de novas práticas em saúde que desafiem o modelo biomédico vigente, ainda segundo os autores a obra “Clínica Peripatética” de Lancetti (2006) é inspiração para a prática das equipes do CnaR “uma vez que orienta funcionar/operar em meio aberto, onde os usuários podem encontrar as situações cotidianas com função clínico-terapêutica (redes familiares, socioculturais, de trabalho etc.)” (p. 1045). Esta clínica propõe que seja levado em conta principalmente a singularidade do sujeito, em contraposição ao ajustamento do mesmo entre as concepções de normal/anormal. Isto é, mais interessam os modelos de tratamento definidos pelo próprio paciente em seus espaços. Santos e Ceccim ressaltam que o atendimento na rua deve acontecer através da interação entre as equipes do CnaR e os sujeitos dentro dos territórios que instituem e experienciam suas vivências. Os profissionais atuantes no equipamento têm de criar e percorrer caminhos para a assistência juntamente com o usuário, produzindo um serviço de saúde dinâmico, que leve em conta as imprevisibilidades as quais a PSR podem vivenciar, os trabalhadores podem ser criativos e autônomos quanto aos instrumentos à sua disposição, desde que estejam voltados ao usuário acolhido, e não somente aos protocolos de atendimento pré-existentes (SANTOS; CECCIM, 2018).

O CnaR visa ser a porta de entrada para a PSR aos serviços de saúde não apenas no sentido de inseri-las por meio desse programa, mas também que esses usuários passem a procurar ativamente esses serviços. A disseminação de informações sobre os serviços de saúde dentre os próprios usuários favorece essa movimentação de busca de cuidados mais específicos quando necessário, surpreendendo profissionais das UBS e clínicas que tem a visão de que essa população não pode se encaixar no cuidado lá gerido. O que as políticas de atenção primária buscam alcançar é que o preconceito e estigma diminuam gradualmente até que o cuidado dessa população deixe de ser exclusividade do CnaR para fazer parte da atenção prestada por todos os profissionais dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um período onde moradores de rua sofrem com decisões políticas higienistas que permitem que seus cobertores sejam retirados, é necessário repensar o contexto onde essa população se encontra, a precariedade de sua situação e que cuidados podemos oferecer para pessoas que já vivem tão marginalizadas. Perante a complexidade de vida da PSR o CnaR se mostra uma potência no que se refere a atendimento humanizado tentando compreender a singularidade dessa população e excluir os estigmas e rótulos atribuídos a PSR que padece com desigualdade e exclusão social.

Entretanto, embora esse programa venha, conforme ilustrado pelos artigos, obtendo resultados positivos, ainda não é suficiente para resolver o problema da exclusão vivida por essa população, que se mostra primeiramente na necessidade de existir um serviço diferenciado para cobrir a exclusão dos serviços tradicionais. No que se refere a publicações sobre o tema, apesar do crescimento já expresso aqui, ainda são escassas, o que nos faz questionar a motivação para tal. Seria por se tratar de uma estratégia relativamente nova ou ainda há tensionamentos a serem causados em relação a atenção dessa população? Talvez seja uma questão para futuras investigações.

REFERÊNCIAS

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, v. 21, n. 6, p. 1839-1848.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filipe de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, Jul. 2015.

OMS/WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque. 1946 Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

SANTOS, Carla Félix dos; CECCIM, Ricardo Burg. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1043-1052, Dez. 2018.

VARGAS, Everson Rach, MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2018.