

Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua

Outreach clinics on the street? Reflections on new policies for homeless people's health
¿Equipos de atención callejera u oficinas a pie de calle? Reflexiones sobre políticas para la salud de la población sin fecho

Carmen Santana ¹

¹ Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

C. Santana

Departamento de Administração e Saúde Coletiva, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

Rua Teodoro Sampaio 744, cj. 118, São Paulo, SP 05406-000, Brasil.

carmen.santana@uol.com.br

A presença de pessoas vivendo nas ruas não apenas sem-teto, mas sem-horizontes, é uma situação para qual não há ainda uma resposta efetiva. O poder público tem desenvolvido diversos programas para atenção às pessoas em situação de rua. O artigo *Práticas de Saúde das Equipes dos Consultórios de Rua* ¹ aborda umas dessas iniciativas relevantes para as áreas dos direitos humanos e da saúde. No entanto, cabe ainda apresentar ao leitor desta revista a atual política voltada para a saúde da população de rua, que reflete uma ampliação no sentido da integralidade do cuidado à saúde. Além disso, esta carta também pretende refletir sobre os elementos da intersetorialidade e a participação social como contribuição à efetivação do direito à saúde das pessoas em situação de rua.

Atualmente, a maioria das equipes voltadas para o atendimento da população em situação de rua está vinculada ao Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde (não mais à coordenação de saúde mental), sob a denominação de consultório na rua. Diferentes dos consultórios de rua tratados pelo artigo, as atuais equipes responsabilizam-se pela atenção primária à saúde dessas pessoas. Na prática mudou, além do nome, a composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde

de mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias. O transtorno mental pode ser um fator que contribui para que a pessoa viva em situação de rua; e se as condições de vida nas ruas colaboram para o aparecimento da doença mental, devemos entender que também contribui para o aparecimento de outros agravos. A dificuldade de acessar os serviços de saúde piora todas essas condições. O foco na saúde mental é essencial, mas outros problemas também devem ser considerados.

A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica. Dessa forma, entendemos que a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população.

Reconhecemos o valor dos dois programas: consultórios de rua e consultórios na rua. No entanto, a maior dificuldade não é criar a política, mas viabilizar a sua implantação. O cenário atual é composto de trabalhos pouco articulados entre si, gerando sofrimento aos seus trabalhadores, duplicidade de funções e pouca resolutividade de ações. As equipes de trabalho estão sobrecarregadas com responsabilidades clínicas, assistenciais e administrativas. Estudos demonstram que o sucesso desses programas depende de ações intersetoriais e interinstitucionais, institucionalizadas e duradouras ².

Ações isoladas, além de serem pouco efetivas, podem contribuir para culpabilização do sujeito que se sente incapaz de se inserir nessa estrutura complexa. A atuação desarticulada e deficiente em termos de materiais, recursos humanos, organização dos serviços e outros, somada às barreiras e preconceitos existentes entre os profissionais, refletem os limites das políticas setoriais ^{3,4}.

A vulnerabilidade na população em situação de rua, é expressa por pouca longevidade, escassez de acesso aos recursos privados e públicos, e carência de educação básica. Para superar essa situação a população necessita pensar e intervir, no sentido de alcançar níveis crescentes de autonomia individual e coletiva. Além das carências materiais, o problema maior está no fato de o indivíduo não ter autonomia ⁵.

A perspectiva dos direitos humanos apoiados nos princípios da intersetorialidade e da participação social permite fortalecer a análise da complexa relação entre a saúde integral e as condições de vida nas ruas. Mas o trabalho intersetorial carece de experiências e

estudos quanto à sua implantação no âmbito da organização de serviços de saúde. Nesse aspecto, uma avaliação honesta e detalhada dos resultados das ações dos consultórios de e na rua poderia contribuir para a diminuição da lacuna existente entre as políticas públicas, o conhecimento e a sua aplicação na prática.

1. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:805-14.
2. Silveira C, Carneiro Jr. N, Marsiglia R. Projeto inclusão social urbana: nós do centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da Cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho/Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

3. Carneiro Jr. N, Nogueira E, Lanferini G, Ali D, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua contribuições para um debate. *Saúde Soc* 1998; 7:47-62.
4. Hunter JK. Barriers to providing health care to homeless persons: a survey of provider's perceptions. *Health Values* 1991; 15:3-11.
5. Demo P. *Pobreza da pobreza*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

Recebido em 01/Jul/2014
Aprovado em 10/Jul/2014

As autoras respondem

The authors reply
Las autoras responden

*Felicialle Pereira da Silva*¹
*Iracema da Silva Frazão*¹
*Francisca Márcia Pereira Linhares*¹

¹ Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Correspondência

F. P. Silva
Departamento de Pós-graduação em Enfermagem,
Universidade Federal de Pernambuco.
Av. Prof. Moraes Rego s/n, 2º piso, bloco A, Recife, PE
50670-901, Brasil.
ciale@hotmail.com

O discurso acerca da atenção às pessoas em situação de rua é hoje uma necessidade vital para a sociedade, sobretudo no que diz respeito às questões da saúde e seus determinantes. Considerando que saúde e ambiente estão entrelaçados, os fatores negativos a que essas pessoas estão expostas como fome, frio, falta

de sistemas de apoio, entre muitos outros, ainda são agravados pelo estigma social, que por sua vez o indivíduo internaliza aumentando a barreira de acesso ao cuidado com sua saúde. A prática de utilizar-se do espaço das ruas como meio de sobrevivência não é um problema novo, entretanto observa-se o aumento deste contingente, principalmente nas grandes metrópoles. Considerando o impacto negativo do viver nas ruas para a saúde física e mental dos indivíduos e a baixa ou nenhuma acessibilidade aos serviços de saúde, estratégias vêm sendo utilizadas com o objetivo de se aproximar desta problemática buscando formas efetivas de minimizá-la. Assim, a implementação da proposta dos consultórios de rua idealizada pelo psiquiatra e professor Antônio Nery Filho teve como eixo principal a integralidade da atenção à saúde das pessoas de rua, viabilizando o acesso desta população por meio de uma modalidade de atendimento extramuros em seus próprios contextos de vida. Essa experiência foi concretizada pela primeira vez em Salvador, Estado da Bahia, em parceria com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, uma instituição de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Inicialmente foi originada a partir de uma experiência denominada “banco de rua”, em função da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua^{1,2}. Em sua implantação inicial, os consultórios de rua foram designados à Coordenação Nacional de Saúde Mental, tendo sido transferidos para a Coordenação Nacional da Atenção Básica por meio da *Portaria nº 122* de 25 de janeiro de 2012³. Essa portaria define as diretrizes

de organização, funcionamento e modalidades das equipes dos consultórios na rua. A mudança para inserção da estratégia na política da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, bem como da nomenclatura para consultório na rua, teve o intuito de ampliar o acesso das ações de saúde nos moldes de uma atenção integral e com foco intersetorial. Entende-se assim que no consultório de rua foi construído um foco de atuação centrado no usuário de álcool e outras drogas, entretanto, em consonância com os mesmos princípios e diretrizes, o consultório na rua foi inserido em um espaço de atuação mais amplo, na tentativa de ir além do modelo da doença e na necessidade do fortalecimento de uma rede de enfrentamento aos graves problemas de saúde da população de rua. O trabalho multiprofissional das equipes é enfatizado para lidar com diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, estando nele incluídos os cuidados aos usuários de múltiplas drogas. O artigo práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua descreve a metodologia de trabalho das equipes que iniciaram a estratégia no Estado de Pernambuco desde 2010⁴. A experiência de campo no cenário de duas equipes dos consultórios de rua dentro de um mesmo estado desvelou metodologias de trabalho completamente distintas, com equipes de quantitativo, configurações e olhares diferentes, oriundos da sua estrutura multidisciplinar. Uma das equipes atuava na rua numa concepção de saúde integral, fazendo educação em saúde e trabalhando em rede, enquanto que a outra tinha na sua composição uma equipe predominantemente voltada para a redução de danos. Nesse sentido, cabe repensar de que forma a estrutura multidisciplinar das equipes, não bem definida nos programas de consultório de rua e na rua, pode ou não influenciar na metodologia de trabalho. Para a efetividade de um programa de atenção às pessoas em situação de rua, independentemente de nomenclatura ou a que política esteja vinculada, se faz necessário rever a composição multidisciplinar das equipes, bem como a qualificação destes profissionais para este trabalho diferenciado. Trata-se de um desafio que também envolve o funcionamento de uma rede articulada, abolindo a manutenção de um modelo higienista, curativista e hospitalocêntrico que ainda predomina na nossa sociedade, especificamente para essa população. Compreende-se que o êxito para a atenção integral à população de rua depende de uma abordagem intersetorial, aberta e consciente das demandas que emergem dos indivíduos que se encontram nas ruas, desempenhando a função do acolhimento e da educação em saúde. A reflexão sobre a intersetorialidade e saúde é imperiosa, posto que estas não devem estar dicotomizadas, além da utilização de estratégias de educação horizontalizadas, que não partam de premissas de que apenas disponibilizar informação seria suficiente para dar aos indivíduos o poder de mudar suas práticas cotidianas, como

se suas decisões dependessem apenas de suas razões ou desejos. A atual política de saúde voltada para a população de rua necessita de investimento nesta temática no que diz respeito ao alicerce de construção do projeto terapêutico singular dos indivíduos, e para tal também se faz necessária a realização de pesquisas voltadas para o diagnóstico epidemiológico dessa população específica. A reflexão sobre essa práxis é de responsabilidade de todos os atores sociais e envolve a busca de estratégias como instrumento de transformação. O trabalho na rua requer dos gestores um olhar crítico para avaliar e atuar sistematicamente, sem descontinuidades geradas pela troca de gestões. Essa tarefa inclui o acompanhamento de como as estratégias vêm sendo implementadas, pois nem sempre significa que o que está escrito recebe estrutura material e humana para a sua execução. Sabe-se que não basta apenas implantar uma política pública sem a responsabilidade de torná-la efetiva. Os programas direcionados para a atenção à população de rua ainda são incipientes e devem estar pautados em políticas que objetivam o pleno exercício da cidadania, e para tal necessita formar redes com outras políticas públicas (educação, trabalho, saúde, cultura etc). O campo da saúde ainda sofre com a lógica da fragmentação e da precarização, pois, ainda que a saúde seja um direito constitucional, no Brasil é um direito muito desigual. Assim, os desafios a serem enfrentados não são poucos e inicialmente envolvem a melhoria da qualidade de vida, bem como reforçar as políticas de promoção da saúde, formando vínculos que possam estreitar as lacunas entre a rua e a saúde, entre a rua e a cidadania.

1. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde. Consultórios de Rua do SUS. Material de Trabalho para II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Nery Filho A, Valério ALR, organizadores. Módulo de capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Salvador: Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas; 2010.
3. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório de Rua. Diário Oficial da União 2012; 26 jan.
4. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad Saúde Pública 2014; 30:805-14.

Recebido em 25/Jul/2014

Aprovado em 28/Jul/2014