

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÊSSA KELYN PORTELA MENDONÇA

DAIALLE DE SANTANA DIAS EVANGELISTA FEIJÓ

CONSULTÓRIOS DE / NA RUA:

demandas e desafios

Joinville

2022

ANDRÊSSA KELYN PORTELA MENDONÇA

DAIALLE DE SANTANA DIAS EVANGELISTA FEIJÓ

CONSULTÓRIOS DE / NA RUA:

demandas e desafios

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão
Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto
Federal de Santa Catarina para obtenção do
diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Heidemann

Joinville

2022

Mendonça, Andrêssa Kelyn Portela.

Consultórios de/na Rua: demandas e desafios / Andrêssa Kelyn Portela
Mendonça, Daialle de Santana Dias Evangelista Feijó. – Joinville, SC, 2022.
95 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação
Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso de Gestão Hospitalar, Joinville,
2022.

Orientadora: Andréa Heidemann.

1. SUS. 2. Consultório de/na Rua. 3. População de rua. I. Feijó, Daialle de
Santana Dias Evangelista. II. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
de Santa Catarina. III. Título.

ANDRÊSSA KELYN PORTELA MENDONÇA
DAIALLE DE SANTANA DIAS EVANGELISTA FEIJÓ

CONSULTÓRIOS DE / NA RUA: demandas e desafios

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 05 de setembro de 2022.

Prof. Andréa Heidemann

Prof. Schirlei Russi Von Dentz

Prof. Marcos Aurelio Schwede

Agradecimentos Andrêssa

Primeiramente, agradeço a Deus por ser meu alicerce e minha fortaleza em todos os momentos da minha vida, não me deixando fraquejar e me permitindo chegar a esse dia tão especial.

Aos que não estão mais aqui (meu pai Áureo e meus avós Lucília e Oscar), mas que com certeza ficariam muito felizes pela minha conquista, pois fazem parte de minha formação como ser humano.

Aos meus irmãos Phillipe e Leandro por todo apoio e a minha mãe Ana por ser minha maior incentivadora, admiradora e por sempre acreditar no meu potencial, sendo meu maior exemplo de força, determinação e coragem. Sem vocês, nada disso seria possível.

A minha dupla de pesquisa Daialle, pela amizade e cumplicidade que criamos todos esses anos de faculdade, me dando força nos momentos difíceis e incentivo para continuar e não desistir do meu objetivo, tornando a caminhada mais leve.

A instituição por proporcionar as ferramentas necessárias e aos professores que fizeram parte e foram essenciais para o meu crescimento e formação profissional. Em especial, a dedicada professora e orientadora Andréa, por toda paciência em transmitir o conhecimento com maestria, foi parte fundamental para que essa pesquisa se tornasse possível.

Agradecimentos Daialle

Gostaria de agradecer e dedicar esse trabalho as pessoas que estiveram comigo durante toda minha jornada acadêmica, onde recebi todo apoio e incentivo necessário para que eu pudesse concluir minha formação.

Em primeiro lugar agradeço a Deus que é o centro da minha vida e por ter permitido eu chegar ate aqui. Sou grata também a minha mãe Daniela e minha avó Vera que cuidou de mim e por toda sua dedicação e ensinamentos.

Em especial agradeço ao meu esposo Carlos Eduardo que não soltou minhas mãos nas horas mais difíceis durante o percusso e por todas as vezes que ficou horas na faculdade me esperando para que eu pudesse voltar em segurança e de maneira confortável para nosso lar, agradeço por ser meu maior admirador e por me apoiar em minhas decisões.

A Andressa, minha dupla de TCC e amiga, sou muito grata por sua amizade, por tudo que compartilhamos e por ter se tornado uma pessoa tão especial na minha vida, pela nossa caminhada durante esses anos de faculdade e por todo companheirismo e cumplicidade que temos, muito obrigada, conseguimos vencer esse ciclo.

Sou grata a toda comunidade acadêmica que nos auxiliou, aos professores que dedicaram seu tempo e seu conhecimento para que pudéssemos nos tornar profissionais qualificados. Em enfase toda minha honra e gratidão e admiração a professora Andréa Heidemann que nos acompanhou desde o início do curso ate a orientação do nosso trabalho, tenho muito orgulho de tê-la como referência de mulher, professora, que com toda seu conhecimento, humildade e dedicação nos ensinou.

“Eu sou mais um na sua estatística, debaixo do plástico a morrer. Eu não sou visto, eu sou um lixo, atrapalho e sujo a sua vista. Só como o que me dão ou reviro lixo em exaustão. Ser andarilho da vida, estar à margem do mundo, em bancos, fachadas, becos e vielas. Ser invisível pelo que se vive. Apesar da minha insignificância ou do que em mim gera em ti repugnância, sou ser humano. Humano das ruas, nuas e cruas.”

(Daya Larissa)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo descrever as demandas e os desafios encontrados na implementação dos Consultórios de/na Rua no SUS descritos na literatura brasileira no período de 2011-2021. Elaborado a partir de uma pesquisa bibliográfica caracterizada como narrativa, resultando na exploração de 18 publicações extraídas das seguintes bases de dados: BDTD, Lilacs, Scielo e Capes. Quanto à análise dos dados coletados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. No que tange à infraestrutura dos Consultórios de/na Rua, os dados mais mencionados referem-se à necessidade de adequação dos espaços físicos, a dificuldade com a informatização dos dados e a falta de transporte. No atendimento, as demandas mais evidentes foram a de insumos para tratamento e prevenção de doenças, a busca ativa aos usuários e a complexidade nos horários de atendimento dos consultórios. No planejamento dos serviços as demandas giram em torno da necessidade de fortalecer a intersetorialidade e a flexibilização dos horários de atendimento. No que se refere à humanização, as principais demandas se relacionam a ampliação de uma clínica baseada em tecnologias leves, com diálogo, acolhimento, escuta qualificada e a construção de vínculos. As demandas direcionadas aos recursos humanos apontam a rotatividade de profissionais e a necessidade de garantia de suporte psicológico e emocional para os mesmos. Sendo que os desafios estão em estabelecer uma rede de atendimento que atenda integralmente às demandas da população de rua e que vá além dos serviços de saúde; são relativos, também, ao preconceito dos profissionais com a população de rua e o resgate da autoestima, cidadania e autonomia do usuário e, por fim, a qualificação dos profissionais para a sustentabilidade do serviço.

Palavras Chaves: SUS, Consultório de/na Rua, População de rua.

ABSTRACT

This study aims to describe the demands and challenges encountered in the implementation of the Street Offices in the SUS described in the Brazilian literature in the period 2011-2021. Elaborated from a bibliographical research characterized as narrative, resulting in the exploration of 18 publications extracted from the following databases: BDTD, Lilacs, Scielo and Capes. As for the analysis of the collected data, the content analysis technique was used. Regarding the infrastructure of the Street Offices, the most mentioned data refer to the need to adapt the physical spaces, the difficulty with the computerization of data and the lack of transport. In terms of care, the most evident demands were for supplies for the treatment and prevention of diseases, the active search for users and the complexity in the opening hours of the offices. In the planning of services, the demands revolve around the need to strengthen intersectoriality and flexible opening hours. With regard to humanization, the main demands are related to the expansion of a clinic based on light technologies, with dialogue, reception, qualified listening and the construction of bonds. The demands directed to human resources point to the turnover of professionals and the need to guarantee psychological and emotional support for them. Since the challenges are in establishing a service network that fully meets the demands of the homeless population and that goes beyond health services; they are also related to the professionals' prejudice against the homeless population and the recovery of the user's self-esteem, citizenship and autonomy and, finally, the qualification of professionals for the sustainability of the service.

Keywords: SUS, Office of/on the Street, Homeless population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das etapas da revisão narrativa	37
Figura 2 – Fluxograma coleta de dados	38
Figura 3 – Resultados das buscas nas plataformas	39
Figura 4 – Fluxograma análise de dados	40

QUADROS

Quadro 1 – Organização das equipes	29
Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão	38
Quadro 3 – Identificação dos estudos selecionados	42
Quadro 4 – Demandas da infraestrutura	44
Quadro 5 – Desafios da infraestrutura	45
Quadro 6 – Demandas do atendimento à população de rua	48
Quadro 7 – Desafios do atendimento à população de rua	53
Quadro 8 – Demandas do planejamento e organização dos serviços	57
Quadro 9 – Desafios do planejamento e organização dos serviços	62
Quadro 10 – Demandas de humanização nos atendimentos	65
Quadro 11 – Desafios de humanização nos atendimentos	69
Quadro 12 – Demandas dos recursos humanos	72
Quadro 13 – Desafios dos recursos humanos	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	11
1.2 Justificativa	14
1.3 Problema	15
1.4 Objetivo	15
1.4.1 Geral	15
1.4.2 Específicos	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 População de rua: caracterização	16
2.2 Sistema Único de Saúde (SUS)	18
2.3 O SUS e o atendimento à população de rua	23
2.4 Consultório de/na Rua	24
2.4.1 Recursos Humanos nos Consultórios de/na Rua	27
2.5 Humanização e a Política Nacional de Humanização (PNH)	29
2.5.1 O Acolhimento na perspectiva da PNH	32
2.6 Demandas e Desafios	33
3 METODOLOGIA	36
3.1 Caracterização da Pesquisa	36
3.2 Procedimentos de Coleta e Análise de dados	37
3.2.1 Coleta de dados	38
3.2.2 Análise de dados	40
3.3 Ética na pesquisa	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
4.1 Funcionamento e operacionalização dos Consultórios de/na Rua	43
4.1.1 A infraestrutura dos Consultórios de/na Rua	43
4.1.2 Quanto ao atendimento aos usuários	47
4.1.3 O Planejamento e a organização dos Consultórios de/na Rua	57
4.2 Consultórios de/na Rua e a PNH	64
4.3 Recursos Humanos e Consultórios de/na Rua	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – QUADRO PARA COLETA DE DADOS.....	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 5º, 6º e 196º, discorre sobre a dignidade da pessoa humana, os direitos sociais inerentes a todo indivíduo, sem distinção de credo, de raça ou de gênero, além da segurança e assistência a quem necessita de amparo da sociedade e, também, ao acesso a saúde como dever do Estado (BRASIL, 1988).

No entanto, a inclusão da população de rua nas políticas públicas apresenta-se como um grande desafio. Dados referentes a quantidade populacional desse grupo de pessoas estima que no Brasil existam aproximadamente 222 mil pessoas vivendo na condição de morador de rua, um crescimento de 140% de setembro de 2012 a março de 2020. Os dados utilizados na pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) foram obtidos a partir do Cadastro Único (CadÚnico) do governo federal e do Censo Anual do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS), que conta com informações das secretarias municipais. Dentro do perfil encontrado estão os desempregados e aqueles cujo trabalho é informal, por exemplo, os vendedores ambulantes e os guardadores de carros, conhecidos também como flanelinhas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

No ano de 2020, a distribuição dessa população por região se dá da seguinte forma: 9.626 encontram-se no Norte, 38.237 no Nordeste, 124.698 no Sudeste, 33.591 no Sul e por fim o Centro- Oeste com 15.718 (NATALINO, 2020).

Uma publicação feita pela Secretaria de Direitos Humanos (Brasil, 2013) sobre a Política Nacional para a População de Rua trouxe informações importantes sobre o que leva a escolha das ruas e o perfil populacional desses moradores. Os dados da pesquisa informaram sobre gênero, idade, raça, níveis de renda e alfabetização. Dos entrevistados, 82% é do sexo masculino, 53% tem idade entre 25 e 44 anos, 67% são negros, 52,6% possuem baixos níveis de renda, 74% sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% só assinam o próprio nome. No que se refere a fonte de renda, 70,9% exercem alguma atividade remunerada e 15,7% pedem dinheiro como principal fonte de sobrevivência. A pesquisa também trouxe informações sobre os vínculos fragilizados com os familiares, relatando que 51,9% possuem algum parente na cidade onde reside, porém, 38,9% não mantém contato com os mesmos. Uma parte desses

moradores se origina do próprio município onde reside, ou até mesmo de locais próximos, não sendo decorrentes de deslocamento ou migração campo/cidade (BRASIL, 2013a).

As principais razões que levam essas pessoas a adentrarem a rua como moradia são: abuso de álcool e outras drogas (35,5%), desemprego (29,8%), problemas com familiares (29,1%), perda de moradia (20,4%) e separação/decepção amorosa (16,1%). A partir dos dados informados, foi possível identificar que os respondentes tinham a opção de citar mais de uma resposta (BRASIL, 2013a).

Muitos escolhem viver assim como um escape de uma realidade cruel que afeta não só eles, mas também todo círculo familiar. É nos viadutos, marquises, praças, canteiros e jardins onde se encontra tal realidade, além de prédios abandonados e carcaças de veículos (BRASIL, 2013a).

Diante desta realidade e destes fatores surge o Consultório na Rua (CnaR), com o objetivo de levar dignidade, o acolhimento e a saúde a esta população em extrema vulnerabilidade social. O CnaR tem como finalidade acolher toda e qualquer pessoa que esteja em situação de vulnerabilidade com ênfase na saúde de cada indivíduo. O programa criado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, está incluso no plano Sistema Único de Saúde (SUS). Neste serviço estão envolvidos multiprofissionais com formações específicas e que visam atender este público nas demandas de saúde e poderá, ainda, fazer um mapeamento junto com a Unidade Básica de Saúde (UBS) para promover ações de saúde e orientações (BRASIL, 2011a).

Em 2020, o Brasil contava com 145 equipes de CnaR distribuídos em 96 municípios, mas foi aprovado o credenciamento de mais 20 equipes em 9 municípios, passando, assim, a contar com 165 equipes distribuídas em 105 municípios (BRASIL, 2020a).

A realidade vivida nas ruas é cruel e alarmante. Falta de higiene, saneamento básico, acesso a saúde, a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis (DST), vínculos rompidos, além do abuso de álcool e drogas e alimentação precária. As demandas que o CnaR precisa atender são diversas, mas com uma equipe multiprofissional ampla e eficiente torna o trabalho mais fácil de ser realizado, pois é feito um mapeamento de todas as necessidades de cada indivíduo isoladamente, levando em consideração a particularidade de cada um, possibilitando a criação de vínculo. É de fundamental importância o acesso desses indivíduos a esse programa,

dada as circunstâncias em que se encontram de extrema vulnerabilidade social. Um fator preocupante é a continuidade desse vínculo para a realização de um bom trabalho da equipe, trazendo benefício de forma contínua na vida de cada pessoa (BARBOSA *et al.*, 2018).

Viver nas ruas com certeza não deve ser a primeira opção do homem, diante de situações impostas pela vida ou por escolhas erradas no passado, os fazem cair neste caminho como um recurso de sobrevivência. Expostos à violência psicológica, física e moral, sem a dignidade de manter a sua higiene pessoal em dia, sem nenhum tipo de cuidado e atenção à saúde, maltratados e excluídos socialmente, é a cruel e dura realidade que essa população sente na pele. Para uma parcela da sociedade, esses indivíduos estão ali apenas como seres importunos e desprezíveis, os seus sentimentos e necessidades diárias ficam invisibilizados. São histórias de vida, a família de alguém, que na maioria das vezes já teve as rédeas de si e da própria vida (BARBOSA *et al.*, 2018).

Tomar tal atitude de adentrar as ruas e se submeter a todas estas dificuldades e situações difíceis vividas no dia a dia é o extremismo, vista às vezes como uma solução rápida e temporária mas que nem sempre é o que acontece. O refúgio mais fácil para os problemas, que na maioria das vezes é tomada em uma situação de desespero e fragilidade, sem apoio psicológico e moral, os direcionando à dificuldades muito maiores e dolorosas vistas só depois de já estar nas calçadas, jogados, e parte de um ciclo social considerado deplorável (MERELES, 2017).

É possível ver um total descuido não apenas fisicamente, mas também, da sua saúde. É neste sentido que o Consultório de Rua (CR) torna-se fundamental na vida destas pessoas, com o intuito de cuidar e promover um bem estar físico e psicológico ao morador, devendo ser amparado, cuidado e assim evitando não só doença em seu meio e a proliferação de doenças como as infecções pela Aids, e algumas outras DST como, também, a marginalização, abusos de álcool e drogas e, conseqüentemente, doenças psíquicas (PATRÍCIO *et al.*, 2020).

Diante deste contexto, a presente pesquisa pretende descrever as demandas e os desafios encontrados na implementação dos Consultórios de/na Rua para garantir a inclusão do público alvo no SUS e descritos na literatura brasileira no período de 2011-2021.

1.2 Justificativa

Na área da saúde existem diversos públicos distintos, mas todos com uma necessidade em comum: a atenção, o cuidado, a prevenção e a promoção. Atualmente, a saúde pública brasileira perpassa um caminho bastante difícil, ainda mais com o enfrentamento da pandemia da Covid-19. As vulnerabilidades se tornaram bem maiores e públicos específicos necessitam de uma atenção redobrada, devido às necessidades enfrentadas no meio em que vivem.

Além da mudança do cenário atual por conta do enfrentamento da pandemia, o mundo vem passando grandes mudanças ao longo dos anos, as necessidades vão se modificando, o processo saúde-doença tornou-se diferente, devido às mudanças econômicas e sociais. Diante desse cenário, os Consultórios de/na Rua no atendimento aos moradores de rua se tornaram uma escolha assertiva.

Com tantas mudanças, é relevante realizar uma revisão da literatura a respeito do cuidado e da promoção à saúde da população através dos serviços ofertados pelos Consultórios de/na Rua. Isto porque, esse tipo de pesquisa proporciona uma sistematização do que foi produzido a respeito e, assim, torna possível avaliação e análise dos desafios encontrados até o momento.

Num mundo capitalista, o qual habitamos, a população de rua acaba sendo excluída e tendo seus direitos violados e silenciados. A mudança começa quando iniciativas e projetos como o Consultório de/na Rua entram em ação, diminuindo os impactos na vida destes e levando não só a dignidade, mas a representação do cumprimento de direitos. É importante falar, debater e revisar conceitos e atitudes voltadas à necessidade de se ter Políticas Públicas para esse público alvo, pois é dever do Estado dar atenção, dignidade e abrigo a estas pessoas.

A escolha do tema desta pesquisa está diretamente relacionada com a gestão em saúde, pois é necessário esse olhar mais amplo, se tratando de saúde, tudo gera impacto, dentro e fora das instituições. Delimitando o estudo a partir do período de 2011, devido a aprovação da política que institui o CnaR ter acontecido neste mesmo ano.

A principal motivação para a construção do estudo se dá pela necessidade atual e futura dos Gestores Hospitalares obterem conhecimento mais profundo sobre o tema, levando em consideração que esta população também se inclui no cenário da

gestão com demandas de atendimentos não só nas ruas, mas também dentro de outras instituições de saúde como, por exemplo, o hospital.

Evidencia-se, assim, a necessidade dos profissionais que estão inseridos na área da saúde conhecerem e debaterem sobre o tema. Considerando-se, dessa forma, que a cada ano o número de moradores de rua aumenta, acarretando em um descontrole de possíveis doenças, podendo impactar em regiões com aumento da busca por vagas em hospitais. Este trabalho acadêmico poderá contribuir com dados baseados na literatura brasileira que mapeia a dura realidade e as dificuldades enfrentadas na Política Pública de Saúde voltada aos moradores de rua, permitindo, também, contribuir com a definição de estratégias e alternativas para atuação com estas demandas sociais.

1.3 Problema

Quais as demandas e os desafios encontrados na implementação dos Consultórios de/na Rua para garantir a inclusão do público alvo no SUS descritos na literatura brasileira no período de 2011-2021?

1.4 Objetivo

1.4.1 Geral

Descrever as demandas e os desafios encontrados na implementação dos Consultórios de/na Rua no SUS descritos na literatura brasileira no período de 2011-2021.

1.4.2 Específicos

1. Apontar qual a infraestrutura para o funcionamento dos Consultórios de/na Rua.
2. Apresentar as principais demandas para os Consultórios de/na Rua.
3. Identificar os principais desafios para a implementação dos Consultórios de/na Rua.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, é apresentado o referencial teórico desta pesquisa que serve para uma melhor aproximação com a temática estudada e, ainda, apresenta elementos teóricos que fundamentam a análise de dados. São tratados tópicos que abordam a população de rua, o Sistema Único de Saúde, os Consultórios de/na Rua e o atendimento à população de rua.

2.1 População de rua: caracterização

Desde o início da construção civil do nosso país baseados nas histórias ilustradas pela literatura evidenciam-se questões sociais relacionadas aos menos favorecidos que, por sua vez, sempre estiveram à parte, excluídos e legalmente desamparados pelas leis da época. Os burgueses, grandes fazendeiros, pouco se importavam com as necessidades dos que não tinham nem o que comer, uma vez que enriquecer ainda mais as suas fortunas sempre foi o mais importante (MELO, 2011).

Séculos depois, mesmo com toda evolução social, ainda é possível se deparar com situações semelhantes, na qual, se fala muito em políticas públicas, leis e ações para alcançar esse público alvo conhecido como “morador de rua ou pessoa em situação de rua”. Essa população extremamente vulnerável que conhece de perto o que é ser considerado um “entulho” ou “peso”, sem ao menos ter direito de ser visto como humano, que por motivo de força maior os levou para aquele modo de sobrevivência (MELO, 2011).

Os maloqueiros, vagabundos, bêbados, são alguns termos utilizados para se referir aos indivíduos que vivem em ruas, praças e calçadas na busca de um abrigo, na qual sua permanência pode durar um tempo significativo ou simplesmente ser passageiro pelos locais. Durante o dia é comum observar alguns deles pedindo esmolas, comida em terminais de ônibus, metrô, sinaleiros, restaurantes ou até mesmo revirando os lixos como uma forma de alimentação para suprir suas necessidades fisiológicas. Em alguns casos o dinheiro que recebe da ajuda das pessoas as quais eles solicitam serve para o uso de álcool e drogas ilícitas (VARANDA; ADORNO, 2004).

Certamente a rua não é a primeira opção desejável para as pessoas que de algum modo habitam nesse meio, mas é ao mesmo tempo o escape mais rápido e

cruel. Este grupo composto de crianças, jovens, adolescentes, adultos e idosos, homens e mulheres, brancos e pretos, que não tem apenas um padrão de gênero, raça, cor e etnia, mas que compartilham da mesma experiência: a dor de estar nas ruas com vínculos fragilizados e parte da sociedade em extrema pobreza procurando o lixo como refúgio (MELO, 2011).

Devido a situações enfrentadas em seu dia a dia, recorrer às ruas é um dos alvos mais “fáceis” quando se trata deste assunto, pois os vínculos interrompidos com a família, contextos de violência, uso inapropriado das drogas dentro do lar, pequenos furtos e não somente isto, como também os transtornos psicológicos. Como fuga para esses sujeitos a rua apresenta-se como uma oportunidade menos “difícil de enfrentar”, pois ali não há limites impostos sobre o indivíduo em relação às expectativas dos seus laços consanguíneos (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998).

No dia a dia, as pessoas em situação de rua ou morador de rua são tratadas como sendo de um mesmo grupo, ou seja, todos são “mendigos” e estão lá por ter problemas sociais como o uso de entorpecentes, quando na realidade há uma diferença entre as nomenclaturas, pois há situações e experiências diferentes. O indivíduo em situação de rua é aquele que por algum motivo perdeu temporariamente a sua moradia, seja por um despejo, por exemplo, ou por outros motivos que o fez rapidamente passar por uma estadia nestas condições, logo podendo voltar a viver normalmente na sociedade, sem a dificuldade de estar nas ruas correndo riscos, expostos a todo e qualquer perigo ou falta de amparo. Dentro desta classificação ainda encontram-se os “trecheiros” ou “andarilhos” como são denominados popularmente, onde, sempre estão vagando de cidades em cidades, não se prendendo a viver nas ruas em apenas um local, Estado e/ou município (ABREU; SALVADORI, 2015).

Entretanto, a ligação comum entre eles são as mesmas, tais como a exclusão social, os preconceitos vividos, a pobreza e os vínculos desfeitos os unem nesse sentido. Reconhecer a necessidade do próximo e buscar conhecimento de quem e o porque se encontra ali não é um parâmetro real recorrido (ABREU; SALVADORI, 2015).

Em suma, a visão é que apenas eles são os problemas, caos em meio a cidade, mas muitas vezes não se considera as possibilidades de inclusão social a partir das políticas públicas. A necessidade de alternativas de inclusão social gera temáticas relevantes para as ações do Estado, trazendo à tona a sensibilidade do tema. É explícito o quanto se é incapaz de olhar com cuidado, compreender os motivos, as

dores, a crueldade do ambiente. Com isso, torna-se complexo cobrar do poder público uma posição para a tomada de decisão. Um ser humano visivelmente prejudicado em seus direitos por acreditar que sua identidade deixou de ser parte de uma construção civil. O reflexo é ver cada vez mais o número se elevando e pessoas sendo anuladas, marginalizadas e com mínimas expectativas de se restabelecer (VARANDA; ADORNO, 2004).

2.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

Para compreender a criação do SUS e entender melhor sua funcionalidade, princípios, legislação, organização, gestão e financiamento, é necessário primeiramente citar um marco histórico e divisor que foi a Reforma Sanitária. Em meados da década de 70 e 80, o Brasil no contexto histórico-social da ditadura militar iniciada em 64, em que a saúde não era garantida, passou por um processo de redemocratização. No final dos anos 60, o país apresentou crescimento econômico, e com ele o grande aumento da desigualdade social, que se evidenciava na saúde. Como um movimento de reivindicação a precariedade vivida nesse setor é que se deu o surgimento do movimento da Reforma Sanitária (PONTE; FALLEIROS, 2010).

No que tange a saúde, existia uma duplicidade do sistema: de um lado a medicina previdenciária, no qual os trabalhadores formais (aqueles que tinham sua carteira assinada), eram possuidores do direito ao acesso aos serviços de saúde, e do outro lado a saúde pública, que ficava a cargo do Ministério da Saúde (MS), criado em 1953, no qual possuía um caráter mais preventivo, com campanhas de erradicação de algumas doenças. Ou seja, a saúde não era universal, a sociedade civil não tinha acesso igualitário aos serviços de saúde (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Esse movimento teve diversos atores e categorias que contribuíram com o processo e impulsionaram a reforma, como médicos, acadêmicos, cientistas, todos com o objetivo comum de tornar a saúde um direito de todos, de forma universal, sendo dever do Estado prestar esses serviços (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Em meio a esse processo da Reforma Sanitária, se deu a criação de alguns órgãos que vieram a contribuir com a luta dos direitos, de forma a debater questões de saúde-doença e seus processos, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Mas foi com a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que se deu o maior

debate que veio a contribuir para uma nova formulação do sistema de saúde, como um esboço do que vem a ser institucionalizado com a Constituição Federal (CF), e que teve como temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, o financiamento, e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, sendo também o primeiro a ter a participação popular (PAIM, 2007).

O art. 196 da CF enfatiza que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas, visando sempre a redução dos riscos e agravos à saúde, tendo como princípios o acesso universal e igualitário de toda sociedade civil, através da proteção, da prevenção e da promoção da saúde (BRASIL, 1988).

No art. 197, a CF discorre sobre as ações e serviços de saúde, sendo de relevância pública, no qual cabe ao poder público decretar, em forma de lei, a sua regulamentação, fiscalização e controle social (BRASIL, 1988). Já a respeito das diretrizes do SUS, no art. 198 diz que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III participação da comunidade (BRASIL, 1988).

É importante destacar o financiamento do SUS, ou seja, de onde vem os recursos aplicados. Esses recursos são originados através da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, como também de outras fontes, como por exemplo, através de contribuições sociais e doações. Os recursos mínimos aplicados à saúde são calculados a partir de receitas anuais de cada setor específico, como: os Estados não devendo aplicar um valor menor que 12% de sua receita corrente líquida do exercício financeiro anual, os Municípios 15% e o Distrito Federal da mesma forma (BRASIL, 1988).

No caso da União, de acordo com a Emenda Constitucional (EC) n.º 29, no ano de 2000 ficou determinado a aplicação de gastos com a saúde no valor correspondente ao empenhado no ano anterior mais o acréscimo de 5% e, do ano de 2001 a 2004, os valores equivalentes ao exercício anterior, aplicando-se as correções de acordo com as variações do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2000).

Ainda sobre o financiamento do SUS, é pertinente falar sobre a EC 95/2016, que trata sobre o Novo Regime Fiscal (NRF), delimitando um teto máximo de gastos com despesas públicas em alguns setores, como na saúde. Com esse NRF, os recursos destinados a essa área serão congelados pelos próximos vinte anos, não considerando assim as mudanças populacionais e as novas demandas da sociedade, principalmente se tratando de uma parte da população mais dependente destes serviços, os mais vulneráveis (CASSI; GONÇALVES, 2020).

Essa nova EC afetará um sistema que já é fragilizado financeiramente desde a sua criação, pois irá prejudicar diretamente o setor durante muitos anos, desde os serviços prestados à população, como também o investimento nas tecnologias, insumos, visto também que a população nesse decorrer de tempo irá aumentar, fazendo assim com que o sistema não suporte e se torne ineficaz (SANTOS; FUNCIA; 2019).

A respeito da participação da iniciativa privada no SUS, a CF em seu art. 199 aponta que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo assim participar de forma complementar, seguindo sempre as diretrizes do SUS, atendendo a todas as normas, através de contratos de direito público ou convênio, sendo que dentro dessas instituições privadas, algumas têm preferência, como as filantrópicas e as sem fins lucrativos. E por fim, em seu art. 200 fala sobre as competências do SUS, como o controle e fiscalização, bem como a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, dentre outros (BRASIL, 1988).

Outra norma importante sobre a saúde da sociedade é a Lei 8.080/1990. Esta lei discorre sobre a promoção, proteção e a recuperação da saúde, a forma que o sistema se organiza, sistematiza e a maneira em que os serviços de saúde funcionam de fato. A saúde sendo um direito inerente ao ser humano, já descrito na CF de 88, sendo dever do Estado dar condições necessárias para o fiel cumprimento das ações que visem a melhoria da saúde psicológica, física e social dos cidadãos, sendo determinantes e condicionantes sociais a alimentação, o saneamento básico, o trabalho e o lazer. Dessa forma, a saúde não é somente a ausência de doença, mas um conjunto de determinantes que visem o seu bem-estar (BRASIL, 1990a).

Sobre os princípios e diretrizes do SUS, a Lei 8.080/90 aponta em seu art. 7º, reforçando o que está na CF de 88, a respeito dos serviços públicos e ações de saúde, e também aos serviços privados que integram o SUS, sendo desenvolvidos de forma

descentralizada, com atendimento integral e com a participação ativa da comunidade (BRASIL, 1990a).

Além dessas diretrizes que já faziam parte da CF, a Lei 8.080/90 destaca os princípios do SUS: universalidade, como o próprio nome já diz, é universal, de acesso a toda população; a integralidade de assistência, ou seja, devendo ser oferecidos todos os tipos de serviços de saúde de acordo com a necessidade de cada um, nos seus três níveis de complexidade; preservação da autonomia das pessoas, sendo o indivíduo capaz de tomar decisões a respeito da sua integridade física, como também moral; igualdade da assistência à saúde, não se tendo nenhum tipo de privilégio, nem preconceito, atendendo a todos, sem nenhum tipo de estigma social; o direito à informação, o indivíduo sendo possuidor do direito de saber sobre a assistência a sua saúde, nada sendo omitido a respeito; a divulgação de informações, dessa forma o SUS precisa mostrar tudo que é oferecido, ofertado a população; utilização da epidemiologia, estabelecendo assim suas prioridades de ações, determinando a alocação de recursos específicos para cada uma, orientando e norteando assim a sua programação; a participação da comunidade, que além de ser um princípio, é também uma diretriz, a população, a sociedade civil tendo participação ativa na gestão do SUS (BRASIL, 1990a).

Dentre os princípios organizativos, se tem a descentralização, a hierarquização e a regionalização. Na descentralização, a gestão é dividida nos três níveis de governo, nacional, estadual e municipal, dividindo assim as responsabilidades e ações. Na regionalização, o sistema público é organizado em territórios, sendo respeitada a característica política e geográfica de cada um. E, por fim, a hierarquização em que os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade crescente, através dela sendo organizada entre atenção básica, média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 1990a).

Neste sentido, a atenção primária, além de ser a porta de entrada do SUS, é nela que se dá não só o cuidado à saúde, mas também a promoção dela, com ações que envolvem o cuidado, como exemplo, a UBS. Já no nível secundário, é necessário se ter uma aparelhagem tecnológica mais ampla, e profissionais que sejam especialistas para a solução de problemas mais complexos, como nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). E finalizando, em seu nível terciário, se dá o tratamento dos casos mais graves, no qual os profissionais necessitam de um nível alto de

especialização para lidar com as demandas, além do maquinário ser de alta complexidade, como nos hospitais de grande porte (BLEICHER; BLEICHER, 2016).

A Lei 8080/90 sinaliza, ainda, sobre as ações: sendo elas integradas, articuladas, com as ações de saúde, de meio ambiente e de saneamento básico. Os recursos financeiros de todas as esferas de governo se unindo, promovendo as ações do SUS para a população, os serviços sendo resolutivos e resolvendo os problemas dos indivíduos de forma concreta. A organização dos serviços públicos deve evitar que se tenha uma duplicidade nas ações, desperdiçando o tempo dos usuários e dos prestadores de serviços (BRASIL, 1990a).

Em se tratando da participação popular, do controle social e dos recursos financeiros na área da saúde, é relevante mencionar a Lei nº 8.142/90, em que discorre a respeito da participação da sociedade na gestão do SUS e como se dá a transferência dos recursos financeiros destinados à saúde entre as esferas de governo (BRASIL, 1990b).

A Lei 8.142/90 aponta que o SUS contará em cada esfera do governo (União, Estados e Municípios) com instâncias colegiadas, como a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Nestes espaços, os usuários de saúde têm participação ativa nas decisões destinadas à sociedade (BRASIL, 1990b).

A Conferência de Saúde se dá da seguinte maneira: são realizadas a cada quatro anos, conta com a atuação de diversos segmentos sociais e deve ocorrer tanto no nível municipal, estadual ou nacional. A convocação deve ser pelo poder Executivo ou, de forma extraordinária, pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde dentro da referida esfera (BRASIL, 1990b).

Já no Conselho de Saúde, a ocorrência do mesmo é de forma permanente e deliberativa. É composto por representantes do governo, prestadores e profissionais de saúde e de usuários, atuando todos na formação de ideias, controlando assim a execução da política de saúde em cada instância correspondente, inclusive em aspectos como econômicos e financeiros, como a destinação de verbas. As decisões tomadas pelo Conselho serão homologadas pelo chefe do poder em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b).

Quanto aos usuários e a sua respectiva participação nos Conselhos, se dará de forma paritária, ou seja, de igual para igual, sendo presentes nesses espaços de forma igual em relação a quantidade ao conjunto dos demais segmentos. Dentro desse aspecto, nos Conselhos e Conferências, 50% da participação serão dos

usuários, e os outros 50% serão dos representantes do governo, dos prestadores e profissionais de saúde (BRASIL, 1990b).

Através dos Conselhos, com a participação efetiva da sociedade civil em busca dos direitos, da fiscalização, reivindicando, por meio da articulação de ideias, e na defesa dos princípios que norteiam o nosso sistema é que se terá a garantia do acesso universal e integral à saúde de forma igualitária (OLIVEIRA, 2010).

2.3 O SUS e o atendimento à população de rua

Dentre os aspectos defendidos e difundidos na Reforma Sanitária, está o conceito de universalidade, que nada mais é que o direito de toda a sociedade a acessar aos serviços de saúde, sendo dever do Estado e garantido através de políticas sociais que visam a promoção e prevenção à saúde de seus usuários. No que tange aos aspectos do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, esses devem estar sempre em consonância às demandas em quantidade e qualidade, tanto no acolhimento, na escuta, nos recursos utilizados, nos princípios de equidade, e de acordo com a necessidade de cada população, respeitando-se as diferenças culturais de cada lugar (LIRA *et al.*, 2019).

Infelizmente, nem sempre uma parcela da sociedade é vista de forma igual em relação às demais, e como é difícil e torna-se um desafio enorme fazer com que aquela parcela excluída, que possui o mesmo direito que os demais, tenham acesso aos serviços e participem de forma ativa na sociedade. Esse grupo populacional possui um contexto histórico de exclusão, jogados, esquecidos, vivendo, ou sobrevivendo em um grau de vulnerabilidade social extremo (LIRA *et al.*, 2019).

Quando se fala em atendimento à saúde de uma população tão marginalizada, e estigmatizada, existem alguns aspectos a serem abordados. Primeiro, é importante salientar a dificuldade inicial que se tem para um usuário que vive em situação de rua conseguir um atendimento, por conta da burocratização do sistema, tornando assim difícil, pois como boa parte sequer tem o cartão SUS, e não tem um endereço fixo (LIRA *et al.*, 2019).

Outro aspecto importante a se abordar é o preconceito que a População em Situação de Rua (PSR) sofre, muitas vezes por conta da higiene pessoal precária, como também suas vestimentas, e como consequência, profissionais da área que não tem um atendimento qualificado não conseguem ter uma escuta de forma

humanizada, quebrando barreiras na comunicação com esses usuários (PRADO *et al.*, 2020).

Muitas vezes essas pessoas adentram aos serviços de saúde em sua pior forma, quando já não aguentam mais, por meio de urgências e emergências, e é um desafio muito grande, pois conseguir manter um vínculo com essa população envolve aspectos do cotidiano deles, como o abuso de álcool e outras drogas, trazendo o abandono ao tratamento estipulado (PRADO *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, entra o CnaR, com equipes que visam manter o vínculo contínuo com essa população, com profissionais capacitados para uma escuta qualificada, e mecanismos que facilitam o atendimento (HALLAIS; BARROS, 2015).

Outro fator importante do acesso da PSR aos serviços de saúde é a burocratização do sistema. Esse grupo encontra certa dificuldade, como por exemplo, a exigência de comprovação de domicílio, visto que não possuem, como também a falta de documentação pessoal, prejudicando assim até mesmo a continuidade de tratamentos com remédios controlados de alguns usuários (VALLE; FARAH, 2020).

2.4 Consultório de/na Rua

Os consultórios foram implementados em duas vertentes. O primeiro modelo denominou-se como Consultório de Rua, sendo administrado pelos órgãos da saúde mental, atuando especificamente nas necessidades dos usuários com transtornos psicológicos como, também, no tratamento das substâncias psicoativas (SANTANA, 2014).

No decorrer do tempo, começaram a tratar patologias e outros agravos a saúde. Quando o Consultório de Rua assume outras demandas de cuidar a saúde de maneira mais ampla e não somente as questões psicológicas, acontece a troca de gerenciamento, no qual o programa da Atenção Primária do Ministério da Saúde assume o controle dos consultórios. Através disto, foi feita a alteração nos nomes. Ao invés de Consultório de Rua, passou a chamar-se Consultório na Rua, acolhendo a todas as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua. Portanto, a diferença entre eles não está apenas na sutileza das preposições e sim na mudança da gestão, assim como, ampliando o foco para o cuidado em todas as áreas que essa população apresenta, com isso, as equipes sofreram alterações tanto em quantidade quanto nas especificidades de suas formações (SANTANA, 2014).

No intuito de amparar a PSR, que por sua vez precisa de cuidados com a saúde, criou-se o CnaR que tem por objetivo, desde 2011 através da PNAB, desempenhar nas ruas a função de atendimento e acolhimento primário. Se chama de:

Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (BRASIL, 2011b).

As equipes contam com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Básica. O movimento gira em torno de que todo e qualquer profissional da área da saúde possa prestar acolhimento a esta população, todavia na criação do plano de atendimento foram selecionados multiprofissionais essenciais para compreender de início as demandas e, assim, encaminhar as unidades de saúde (BRASIL, 2011b).

A porta de entrada para o morador nas unidades de saúde se dá pelo acolhimento e encaminhamento das equipes de Consultório na Rua (eCR), desempenhando a função de coletar informações, verificar a situação e fazer todo processo de direcionamento até as especialidades. No projeto, atitudes promovendo por exemplo, campanhas contra álcool e drogas e cuidados com a higiene estão incluídas nas atividades realizadas pelo grupo (BRASIL, 2012a).

Embora haja um serviço na PNAB desenvolvido para dar suporte às pessoas que se encontram vulneráveis a doenças nas ruas, na prática a realidade é completamente diferente devido a circunstância e personalidade de cada um que precisa dos cuidados. Os moradores acostumados a serem desprezados e sempre a estar expostos, tendem a dificultar a ajuda oferecida pelas equipes de Consultório de Rua (eCR). Dessa forma, os profissionais precisam ter "jogo de cintura" para entender e serem aceitos para realizar seu trabalho (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

As UBS são a somatória ideal, pois desenvolvem ações em conjunto para que haja o bem-estar tanto de quem precisa ser atendido como também de quem irá atuar. O olhar de cuidado para estes usuários reduzem os impactos na própria unidade hospitalar e dentro do nosso contexto social. A princípio o foco era atender somente em áreas de maior movimento, como as praças e centros, mas com isso outra parcela acabava sendo esquecida. Mapeando os locais obteve-se maior alcance, chegando

a conclusão que expandir e observar a outra parte que acaba migrando em decorrência de não ter um local fixo (HALLAIS; BARROS, 2015).

Apostar no CnaR visa valorizar as diretrizes defendidas dentro do escopo, humanizando e tornando visível a mais pura verdade negada diante dos nossos olhos em nosso cotidiano, mas vista de perto pelos profissionais designados a agir. É importante citar os tipos de situações encontradas quando as equipes chegam aos locais de atendimento: gravidez, DST, doenças na pele, transtornos mentais, diabetes, hipertensão, ou seja, doenças pré existentes englobadas no contexto (SANTANA, 2014).

Nem todos os municípios contam com eCR, entretanto as UBS fazem essa triagem inicial, desempenhando um papel com uma efetividade menor, por um lado temos pessoas em busca dos usuários e, do outro, a espera do mesmo (BRASIL, 2014).

A partir de um mapeamento dos órgãos públicos oficiais é possível levantar dados onde há maior número de indivíduos vivendo nas ruas em conjunto com as redes de apoios dos municípios, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), no qual é apontado a necessidade de alcançar o público-alvo. Pelos números oficiais divulgados referentes a esta comunidade será tudo integralmente registrado na portaria SAS/MS. Fica definido por esta regulação que, a cada oitenta mil pessoas em situação de rua existe a necessidade de se compor uma equipe de CnaR. Levando em consideração que estas equipes têm assegurados por lei o investimento para que haja sempre um processo de capacitação e acolhimento das suas necessidades (BRASIL, 2011c).

Revisando a literatura brasileira, é notório identificar um processo descontinuado na implementação dos multiprofissionais em todas as regiões sondadas pelo governo na época da criação para serem inseridos e manter-se ativo trabalhando na questão citada. A verdade é que, gerir serviços como estes requer uma gestão totalmente qualificada e disposta a reivindicar pela causa. Sobretudo, ter o apoio de outros setores públicos como incentivo e força no desenvolvimento contínuo para se obter bons resultados. Muito além de ir às ruas, há por trás uma dependência de estruturas e conceitos a serem levados em consideração (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018).

Abordagens entre CnaR e gestores no sentido de gerar discussões, conhecimento, capacitação acerca do tema, interferem em muitas esferas. Pilares

embasados na prática de reconhecer as urgências como organizar e estruturar as equipes para agir de maneira adequada, sabendo como lidar em situações mais complexas. A realização de censos, relatórios dos atendimentos, observando pontos cruciais que podem impactar a vida de quem utiliza o serviço quanto dos próprios órgãos públicos que recebem estes casos (BRASIL, 2012a).

Por tanto, avaliando todo contexto, há muito o que evoluir e conhecer desta caminhada, muitos desafios, mas também grandes passos alcançados. Controlar a quantidade de pessoas que vão para as ruas e seus motivos se torna pequeno diante do trabalho que ainda se pode realizar. Trabalhar para devolver vida, saúde, esperança. Compreender que se vive em um país onde é real a desigualdade e que nem todos têm as mesmas oportunidades, sejam elas financeira ou de equilíbrio mental e emocional (BRASIL, 2012a).

A convivência com a população em situação de rua ensina a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, não é o cuidado não utilitarista, mas a resposta que humaniza e vincula que pode oferecer as melhores conquistas. Muitas vezes, vemos o problema como se nele se esgotasse a pessoa. Sempre repetimos, por exemplo, que o problema não é o crack, é a vida (BRASIL, 2012a, p. 27).

O desafio de fazer uma sociedade perceber que excluir, diminuir ou ignorar esses sujeitos é uma cultura intrínseca que passa de geração em geração e que precisa ser reavaliada e extinta. Deste modo, atitudes e a conformidade de viver sob pré julgamentos revela uma identidade do morador onde acredita que não tem a capacidade de se reestruturar, seja no mercado de trabalho ou em lar. Trabalhar essas ideias e melhorar o vínculo morador x políticas públicas gera impacto no amanhã destas pessoas (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011).

2.4.1 Recursos Humanos nos Consultórios de/na Rua

Os Recursos Humanos (RH) surgem na administração com o objetivo de buscar novos talentos, além de exercer uma função estratégica que visa acompanhar o mercado e buscar profissionais que se adequem ao perfil das empresas. O RH tem uma relação mais intimista com os colaboradores, pois são eles responsáveis por todo o processo que ocorre desde os primeiros momentos, onde acontece o primeiro

contato através da entrevista, até a contratação, o desenvolvimento profissional e o desligamento (MARRAS, 2016).

Para Chiavenato (1999), Recursos Humanos, pode ser definido como prática ou um departamento sendo ele um órgão fundamental que presta atividades das quais tem a função de recrutar, selecionar, passar informações, normas corporativas entre outros aspectos delegados a tal função.

Não se trata somente da capacidade de captar novos talentos, pois o RH busca, no meio da competitividade do mercado, enxergar quem melhor está apto a desenvolver e aprimorar as atividades a eles conferida dentro da empresa como, por exemplo, analisar o potencial de cada indivíduo observando detalhes como: capacidade de manter um desenvolvimento produtivo, absorver novos conhecimentos e assim elevar a qualidade dos serviços prestados. É através desse conceito e busca ativa que o Capital Humano se torna a essência do negócio (SOVIENSKI; STIGAR, 2008).

Para que qualquer gestão funcione de maneira ordenada é imprescindível que haja um RH atuando de modo efetivo e o mais assertivo possível para que não haja uma rotatividade de profissionais, além de contribuir com demandas menos desafiadoras as quais um gestor perpassa. Ademais, o recurso humano não verifica somente o lado da empresa, pois sua função também é compreender e alcançar satisfação para o trabalhador, isto acontece quando são apresentados benefícios para o funcionário, trazendo a sensação da sua importância e motivando a se capacitar e entregar o seu melhor desempenho dentro de suas funções (IVANCEVICH, 2008).

No que tange a composição dos profissionais do CnaR, o Quadro 1 apresenta a organização das equipes de acordo com as modalidades e quantidade mínima de profissionais exigidos. Pode-se entender quais grupos e profissionais de diversas áreas são essenciais para realizar os atendimentos, sendo a primeira modalidade formada por uma equipe com no mínimo quatro profissionais, em seguida, uma segunda modalidade com o mínimo de seis profissionais e uma terceira modalidade a qual é composta pela quantidade mínima de sete profissionais (BRASIL, 2011b).

A eCR é uma rede de apoio do SUS com o intuito de realizar um atendimento primário e encaminhar o cidadão ao serviço de saúde mais adequado às suas necessidades. Em conjunto com a UBS, as equipes buscam acolher e promover ações frente a essa questão. É importante salientar que o cuidado à saúde dessa população deverá incluir profissionais da área de Saúde Bucal e o Núcleo de Apoio a Saúde da

Família (NASF) do território onde essas pessoas estão concentradas (BRASIL, 2011b).

Quadro 1 - Organização das equipes

MODALIDADE I	MODALIDADE II	MODALIDADE III
- Dois profissionais obrigatoriamente da letra A e os demais das letras A e B. Quantidade mínima de profissionais: <u>04</u>	- Três profissionais obrigatoriamente da letra A e os demais das letras A e B. Quantidade mínima de profissionais: <u>06</u>	- Equipe formada pela Modalidade II com o acréscimo de um profissional médico. Quantidade mínima de profissionais: <u>07</u>
PROFISSIONAIS A		PROFISSIONAIS B
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Psicólogo - Assistente Social - Terapeuta Ocupacional 		<ul style="list-style-type: none"> - Agente Social - Técnico ou Auxiliar de Enfermagem - Técnico em Saúde Bucal - Cirurgião Dentista - Profissional de Educação Física - Profissional com formação em Arte e Educação

Fonte: BRASIL, 2011b.

O CnaR, assim como outros serviços, necessita ter um controle das atividades dos profissionais através dos recursos humanos, ou seja, esse departamento trabalha com a parte burocrática e atua conforme as diretrizes e normas. Uma das principais funções é fazer com que os profissionais que atuam no CnaR trabalhem de modo conjunto e humanizado, tendo como base ações integrativas. Outro aspecto importante é que a formação desses profissionais não se limite ao seu nível de graduação, mas que haja uma constante busca e oferta de especializações para que eles possam se capacitar e assim atuar de maneira mais assertiva junto ao consultório (LAROCCA *et al.*, 2015).

2.5 Humanização e a Política Nacional de Humanização (PNH)

A discussão acerca do que vem a ser a humanização é tida por muitos como “uma espécie de novo modismo ou conceito de ocasião, criado para nomear uma

suposta óbvia vocação dos cuidados” (DESLANDES, 2006, p.33). Mas os processos, as práticas e as atitudes que a envolvem estão inseridos em nossa sociedade há décadas e podem ser determinantes nos atendimentos nos serviços de saúde (DESLANDES, 2006).

Segundo Baggio e Quadros (2021), a humanização baseia-se em um conjunto de ações e técnicas que vem a modificar as relações entre os profissionais e os usuários, tornando-as mais acolhedoras, na qual a empatia, o diálogo e a criação de vínculo são peças-chaves para um tratamento de qualidade, possibilitando resultados mais positivos no processo terapêutico. São várias as atitudes que levam a um processo de trabalho mais humanizado, menos “rígido”, tudo com o intuito de gerar uma relação profissional x usuário mais próxima, fundamentada em um elo de confiança e respeito entre as partes, na qual a escuta qualificada torna-se de fundamental importância. A essência da humanização “é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional” (BAGGIO; QUADROS, 2021, p. 29).

Ainda sobre o conceito de humanização, Campos (2005) discorre sobre a importância da participação ativa dos usuários e trabalhadores nos processos e práticas que a definem, podendo ser transformados e transformadores. O trabalho sendo realizado de forma coletiva e integral, com valores concernentes à defesa da vida e dos direitos humanos, modificam as práticas e as relações interpessoais diariamente, sendo impulsionadores de um novo modelo de cuidado à saúde, menos “desumanizado”. Têm-se por desumano práticas que envolvem o contexto das relações sociais pautadas na falta de ética, singularidade e subjetividade nos atendimentos aos usuários, sendo fruto de “uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores” (CAMPOS, 2005, p. 399).

Tratando-se de humanização no âmbito dos serviços de saúde, é pertinente destacar a PNH, ou HumanizaSUS como é popularmente conhecida. Os aspectos relacionados aos seus objetivos, princípios, métodos, diretrizes e dispositivos da PNH, podem ocasionar mudanças significativas nos modos de atenção e cuidado dos usuários, tornando as práticas e atitudes que abrangem o processo do trabalho menos desumanizadas. A PNH está ligada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), que em conjunto com equipes de apoio regionais, articulam-se com as secretarias de saúde, tanto estaduais quanto municipais, no planejamento de ações

que visam a fomentação de inovações, tendo como objetivo a contribuição de novas maneiras de se fazer saúde (BRASIL, 2013b).

Acerca dos objetivos da PNH, é importante destacar seus temas centrais, sendo: (1) enfrentar os desafios evidenciados pela população a respeito da qualidade e da dignidade do cuidado em saúde; (2) formular novas iniciativas de humanização e estruturá-las dentro do contexto do SUS; (3) enfrentar os problemas relativos ao modo de organização e gerência do trabalho e que acabam por afetar negativamente tanto a produção dos serviços, como a vida dos trabalhadores de saúde (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

O método utilizado no HumanizaSUS é relativo à produção dos serviços, envolvendo aspectos na comunicação entre os três atores inseridos no contexto do trabalho e cuidado em saúde: os trabalhadores, os usuários e os gestores. A inclusão desses atores em movimentos geradores de mudanças como, por exemplo, os movimentos sociais e a gestão de conflitos referentes ao modo de cuidar, tornam-se determinantes, pois é a partir da construção coletiva gerada nas diferenças envolvidas no processo é que se pode obter resultados positivos (BRASIL, 2013b).

A PNH tem como princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre a atenção e a gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Os aspectos que envolvem esses três princípios são: a busca da transformação nas relações de trabalho, sendo gerada a partir da comunicação entre os profissionais e os usuários; a participação ativa dos trabalhadores e usuários nos processos diários e gestão dos serviços e, a busca da autonomia dos atores envolvidos e as responsabilidades compartilhadas nos processos de cuidado e gestão, possibilitando mudanças na produção dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Quanto às diretrizes da PNH, estão relacionadas a instruções ao modo de produção da saúde que se dá através de alguns métodos de inclusão, possibilitados por meio de alguns dispositivos. A PNH conta com um total de sete diretrizes, que vão desde o acolhimento até a defesa dos direitos do usuário, e um total de onze dispositivos, que incluem ações e projetos com a finalidade de impulsionar mudanças, possibilitando a transformação de práticas vigentes, como o colegiado gestor e a escuta qualificada (BRASIL, 2010a).

As diretrizes são norteadoras dos processos e das práticas, enquanto que os dispositivos são as formas de se organizar o trabalho. Inclui questões que tem a finalidade de trazer um melhor atendimento, alcançando maiores e melhores

resultados, englobando a ampliação do acesso aos serviços, com a redução do tempo de espera e sendo resolutivos; a garantia dos direitos dos usuários, afirmando a sua participação ativa em todos os processos, colocando-o como protagonista como, também, na adequação de espaços de atendimento, tornando-os mais saudáveis e acolhedores e propiciando a criação de vínculo entre as equipes e os usuários em diferentes encontros (BRASIL, 2010b).

A PNH conta com um portal colaborativo denominado Rede Humaniza SUS (RHS), que produz e fomenta informações a respeito da humanização entre os diversos sujeitos, como profissionais de saúde, gestores e pesquisadores. Todos têm o interesse em comum de conhecer e, de ampliar o conhecimento e provocar o debate da temática, compartilhando vivências e desafios diários, abrindo espaço para tornarem-se protagonistas na construção da história da PNH (BRASIL, 2013b).

2.5.1 O Acolhimento na perspectiva da PNH

É de suma importância destacar que uma das principais diretrizes da PNH é o acolhimento. No sentido literal, a palavra acolhimento tem como significado o ato de dar e receber proteção e amparo, lugar de refúgio e proteção no qual você é abrigado, acolhido (MICHAELIS, 2022). No campo da saúde, o acolhimento está expresso nas ações de aproximação, que visam a inclusão dos sujeitos, sendo uma importante ferramenta tecnológica mediadora que possibilita a construção de vínculos entre os sujeitos, por meio de posturas éticas, empáticas e compromissadas (BRASIL, 2010c).

Braz (2013), afirma que o acolhimento é o maior responsável por operacionalizar a PNH dentro do contexto do SUS e envolve um processo que é construído através de práticas relacionadas a produção dos serviços e a promoção da saúde, provocando mudanças em sua estrutura, na reorganização dos processos de trabalho e na forma de gerir. Dentre as práticas envolvidas nos processos, têm-se: o uso da escuta qualificada pelos profissionais para com os usuários, possibilitando observar com cuidado, atenção, respeito e empatia as suas demandas e aflições, podendo então identificar as suas principais vulnerabilidades e hierarquizando as suas necessidades quanto a urgência, tratando-as de acordo com as suas características e realizando possíveis encaminhamentos.

De acordo com Brehmer e Verdi (2010, p. 2), o acolhimento como diretriz fundamental na modificação do modelo tecnoassistencial do SUS, compreende “a

dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural”. O ato de acolher, então, não pode se basear em técnicas mecanizadas, o seu “modo de fazer” necessita estar pautado em valores éticos, como também na prática de escutar com atenção as fragilidades e particularidades daqueles que se utilizam dos serviços, transformando o ato mecânico de ouvir em um importante mecanismo de ligação entre os usuários e os profissionais, ou seja, qualificando esse ato por meio de práticas que demonstram o cuidado e a atenção integral, podendo então ofertar serviços de qualidade e, possibilitando mudanças nas relações cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde (BREHMER; VERDI, 2010).

O acolhimento enquanto diretriz da PNH não possui lugar e nem hora para acontecer, é necessário ser realizado desde a porta de entrada dos serviços de saúde, como também não tem profissional específico para executá-lo, faz parte de todos os atendimentos, inclusive os gerados no âmbito dos CnaR, referindo-se a postura ética do profissional ao receber os usuários, sendo um compromisso das equipes escutar as suas queixas, reconhecer as suas vulnerabilidades e serem resolutivos com os seus problemas (BRASIL, 2008a).

2.6 Demandas e Desafios

No âmbito da saúde como consequência de um trabalho em que se lida com pessoas e situações adversas surgem ao longo da jornada demandas e desafios em que os profissionais e pessoas que utilizam o serviço precisam lidar. Segundo Silva (2011, p.75, apud SILVA, 2020, p.40), “em termos gerais, na língua vernácula a noção de demanda revela sinonímia com ideias em torno de “manifestação de um desejo”, “pedido, solicitação ou exigência de algo”, ou, ainda “necessidade premente de ou carecimento e precisão”.

A demanda é um fator existente entre a necessidade e a busca por um determinado recurso ofertado no mercado que não atribui ao requerente a obrigação de tê-lo suprido, ou seja, fica livre a decisão de procurar, mas não ter de fato aquele bem ou serviço como uma resposta ativa a suas exigências (CAMPOS, 1969).

Demanda contínua, no contexto da saúde, é o ato em que o usuário recorre rotineiramente aos serviços de atendimento no intuito de tratar ou não alguma queixa/sintoma existentes, repetindo esta busca excessivamente durante um longo período (CRUZARA; CHAVES, 2006).

O usuário do SUS, diariamente apresenta demandas, sejam elas urgentes ou não, referenciadas ou espontâneas. Nas unidades surgem situações em que a demanda é apresentada, a fim de que seu problema tenha solução, entretanto nem sempre terá solução imediata (CHÁVEZ; RENNÓ; VIEGAS, 2020).

Entende-se por demanda espontânea, no âmbito da saúde, como uma necessidade do usuário em busca de atendimento não programado nos serviços de saúde, podendo ser através de um acontecimento urgente, dúvidas ou uma consulta em que procura como uma precaução no intuito de que seu problema não se agrave. Entretanto, é cabível a instituição fazer todo e qualquer acolhimento deste indivíduo (PAULINO, 2014).

Demanda referenciada pode ser entendida como uma ação de um serviço de saúde fazendo o movimento de encaminhar um paciente a outro atendimento ou local, no qual o estabelecimento aceita este indivíduo pelo fato de ser uma indicação acordada com a instituição que está levando a pessoa, por isso denominada como referenciada (JUNDIAÍ, 2022).

Segundo Silva *et al.* (2021), através da participação ativa dos indivíduos em busca de acessibilidade na saúde faz com que as demandas aconteçam e, assim, possam existir uma movimentação positiva em pró das dificuldades e da falta dos recursos, gerando impactos e ações que visam atingir as redes responsáveis que, por sua vez, analisa as possíveis ofertas para atender ao público alvo.

Quanto ao conceito de desafio, não localizou-se na literatura definições no contexto da gestão ou da saúde, por isso, optou-se pelo uso de dicionários para melhor compreensão do termo. No dicionário Michaelis (2022), identifica desafios como: “situação ou problema cujo enfrentamento demanda esforço e disposição firme”. Ao longo da caminhada vão surgindo obstáculos no caminho o qual denomina-se de desafio, podendo ser enfrentado por algo ou alguém, todos estão suscetíveis a enfrentar um momento em que será necessário ultrapassar as suas limitações para alcançar ou chegar a um determinado lugar ou momento da sua caminhada.

Segundo o dicionário Aulete Digital (2022), desafio pode ser definido como “ação muito difícil de realizar; problema que exige coragem ou esforço”, ou seja, o indivíduo necessita constantemente pôr sua resiliência em prática e planejar de forma organizada e profunda para saber lidar com os empecilhos que surgirem em seu percurso como, por exemplo, situações inesperadas, podendo ser encontradas na falta de profissionais, remédios ou atendimento desumano.

Nos serviços de saúde encontram-se situações desafiadoras, ou seja, toda comunidade tenta no dia a dia lidar com demandas que chegam gerando grandes desafios como as questões interligadas a uma grande procura do usuário em busca de atendimento e, automaticamente, atribuindo a dificuldade de se ter médicos suficientes, os recursos necessários, entre outros aspectos ligados a questões políticas. Por tanto, a demanda que vem para as instituições de saúde nem sempre estão aptas ou preparadas, o que acaba levando o SUS a trabalhar diante de circunstâncias complexas, forçando a agir com os meios disponíveis (CARVALHEIRO, 1999).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Quanto a abordagem da pesquisa é de cunho qualitativo com a finalidade de abordar as demandas e desafios encontrados pelos Consultórios de/na Rua em relação à inclusão dos moradores na rua entre o período de 2011 a 2021, ou seja, desde a implementação do programa até os dias atuais. A pesquisa qualitativa, segundo Lara e Molina (2011), visa compreender aspectos e temas dentro de um determinado ambiente, na troca de relações vivenciadas, levando em consideração a realidade em que o público alvo do trabalho está inserido, observando suas particularidades e as características que os cercam.

Já no que diz respeito à natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, pois pretende gerar conhecimento acerca do tema a ser estudado. Esse tipo de estudo pode trazer soluções aos problemas identificados dentro do cenário que se encontra os Consultórios de/na Rua (NASCIMENTO; SOUSA, 2016).

Segundo Fleury e Werlang (2017), a pesquisa aplicada gera impacto, no sentido de se promover um debate da questão que envolve o projeto, sendo assim, a partir do estudo bibliográfico do tema a ser discutido, foram coletados dados que visam a compreensão acerca da temática, fazendo uma nova revisão e a geração de resultados concernentes com o contexto vivido atualmente, visto que houve grandes mudanças no cenário social em que o público alvo está inserido, gerando assim uma nova discussão dos atores envolvidos e deixando espaço para novas estratégias a serem discutidas e desenvolvidas (FLEURY; WERLANG, 2017).

Com relação aos objetivos, se aponta para uma pesquisa descritiva, que tem por características descrever como se dá a atuação dos Consultórios de/na Rua na busca da melhoria da qualidade de vida dessa população (GIL, 2002).

E, ainda, com relação aos procedimentos uma pesquisa bibliográfica. Conforme Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa bibliográfica se desenvolve através das análises de diversos autores com o intuito de revisar assuntos já abordados anteriormente, se tornando o ponto de partida para a pesquisa, enfatizando uma nova visão crítica (MARCONI; LAKATOS, 2003).

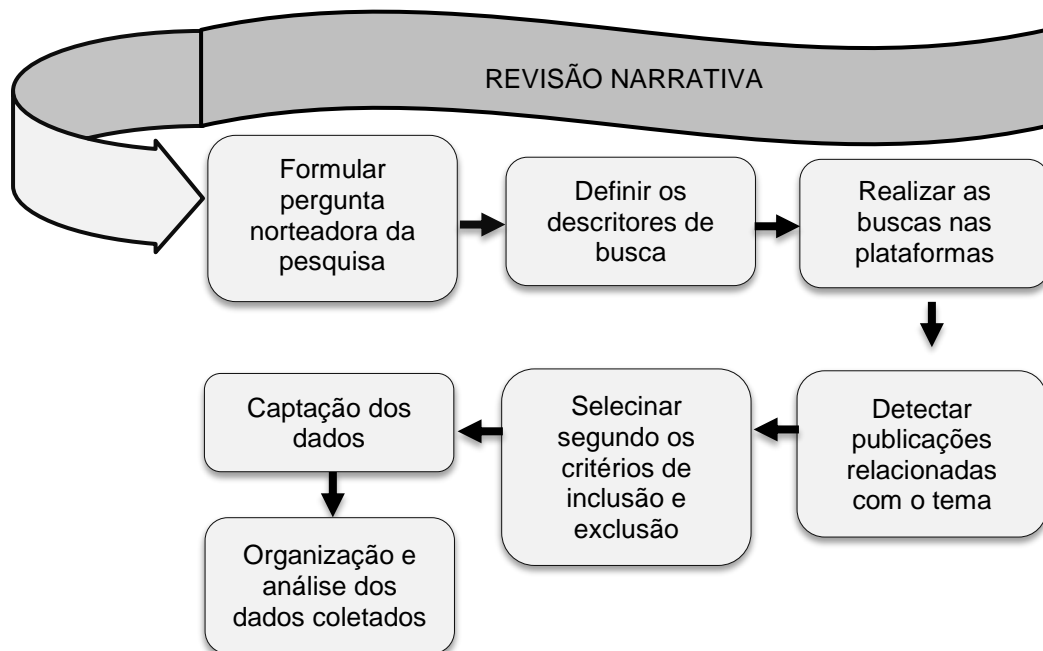
Neste sentido, a pesquisa bibliográfica deste estudo foi do tipo narrativa, contribuindo de forma pontual, de acordo com a averiguação da literatura para a

construção e o entendimento da temática em questão. A pesquisa narrativa descreve e discute um assunto ou tema, e o seu desenvolvimento em determinado período, visto de forma teórica e contextual, na busca de artigos e publicações e posteriormente se fazendo uma análise crítica a respeito dos dados obtidos (ROTHER, 2007).

3.2 Procedimentos de Coleta e Análise de dados

O caminho metodológico seguido neste estudo é apresentado na Figura 1 e descritos na sequência:

Figura 1 - Fluxograma das etapas da revisão narrativa



Fonte: adaptado Martins (2018).

1. **Seleção da pergunta norteadora:** Quais as demandas e os desafios encontrados na implementação dos Consultórios de/na Rua para garantir a inclusão do público alvo no SUS e descritos na literatura brasileira no período de 2011-2021?
2. **Definição de descritores:** SUS - população de rua - consultório de rua
3. **Plataformas que foram pesquisadas:** BDTD, Lilacs, Scielo e Capes.
4. **Crítérios de inclusão:** Livros, artigos, teses e dissertações publicadas no período de 2011 a 2021, no idioma da Língua Portuguesa (Brasil), completos e que apresentem em seus resumos relação direta com o objetivo deste estudo, de acordo com o Quadro 2.

5. Critérios de exclusão: Publicações como monografias, relatórios, editoriais; apresentadas em outros idiomas que não o português; datadas anteriormente a 2011; que não apresentem em seus títulos e resumos relação direta com o tema deste estudo, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão

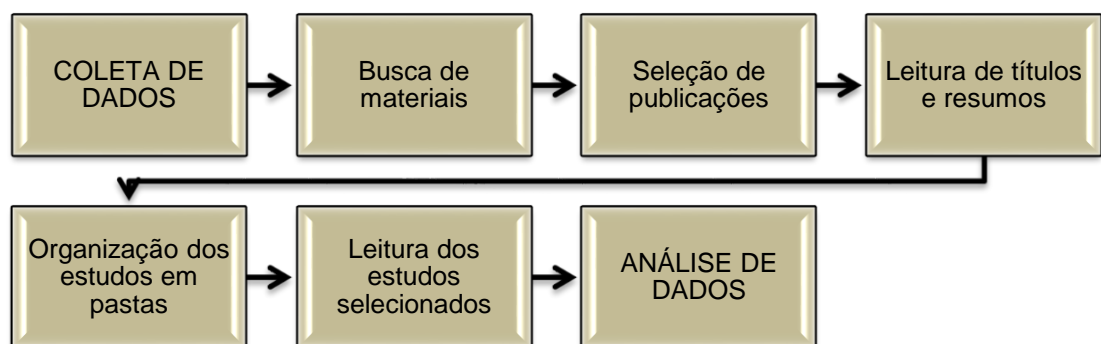
LITERATURA PESQUISADA	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Livros, Artigos, Teses e Dissertações no idioma da Língua Portuguesa (Brasil). ✚ Publicações de estudos compreendidos no período de 2011 a 2021. ✚ Títulos e Resumos associados ao tema. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Materiais como Monografias, Relatórios e Editoriais em idioma estrangeiro. ✚ Publicações de estudos fora do período compreendido entre 2011 a 2021. ✚ Títulos e Resumos que não se relacionem com o tema.

Fonte: as autoras (2022).

3.2.1 Coleta de dados

Na fase da coleta de dados foram seguidas algumas etapas para a construção do estudo. Esta fase pode ser compreendida conforme está na figura 2:

Figura 2: Fluxograma coleta de dados



Fonte: as autoras (2022).

1. Aplicação dos descritores e dos critérios de busca nas plataformas indicadas para este estudo: Com os descritores e critérios de inclusão e exclusão definidos, foi realizada uma busca minuciosa nas plataformas indicadas para esta pesquisa.

2. Seleção e organização das publicações: Após a busca, foram selecionadas as publicações de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e, na sequência, organizadas em pastas de acordo com cada plataforma.

3. Leitura dos títulos e resumos para averiguação da relação dos textos selecionados com o objetivo do estudo: Com as publicações selecionadas e organizadas, foi realizada uma pré análise dos estudos, no qual uma leitura dos títulos e resumos definiu a inclusão ou exclusão na pesquisa.

4. Organização dos artigos selecionados após leitura dos títulos e resumos: Nesta etapa, os artigos já pré analisados e constatada relação direta com o tema da pesquisa, foram organizados em pastas e, posteriormente realizou-se a leitura detalhada e na íntegra de acordo com cada plataforma de pesquisa.

5. Leitura dos artigos selecionados na íntegra: Por fim, foi realizada uma leitura minuciosa de todos os artigos selecionados na etapa anterior, no qual foi extraído os dados de acordo com o objetivo do estudo e organizados em um quadro (Apêndice A) sendo, posteriormente, feita uma análise de dados.

De acordo com as buscas nas plataformas BDTD, Lilacs, Scielo e Capes, foram encontrados os resultados demonstrados na Figura 3, no período de 16 de Março de 2022 a 30 de Março de 2022.

Figura 3 - Resultados das buscas nas plataformas



Fonte: as autoras (2022).

3.2.2 Análise de dados

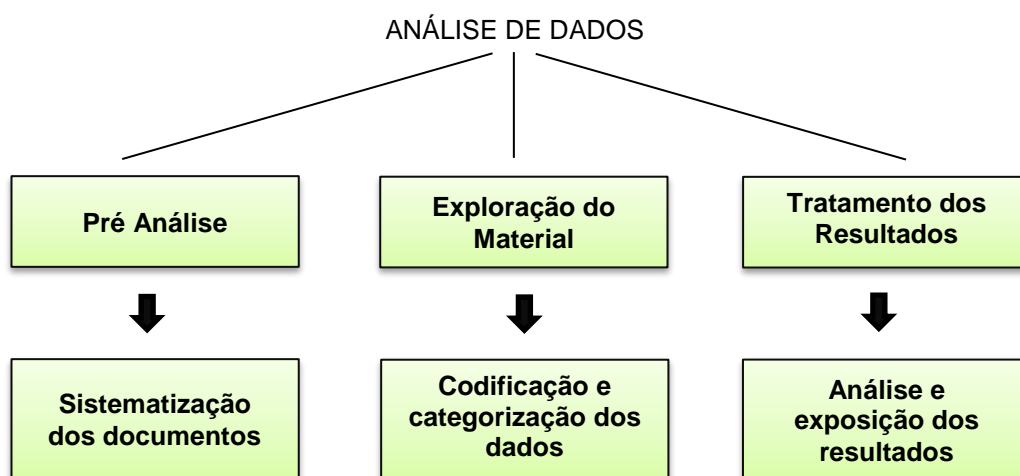
A etapa da análise de dados foi desenvolvida de acordo com a técnica de análise de conteúdo, concebida na teoria metodológica de Laurence Bardin (SOUSA; SANTOS, 2020), podendo ser compreendida nas fases descritas a seguir e ilustrada na sequência na Figura 4.

1. Pré análise: consiste na fase inicial, no qual o material coletado foi organizado de forma sistemática e funcional sendo, posteriormente, analisado.

2. Exploração do material: Nessa fase foi realizado o processo de codificação, feito através de recortes do texto que responderam aos objetivos deste estudo.

3. Tratamentos dos resultados: no tratamento dos dados foram consideradas três categorias de análises pré definidas a partir dos objetivos específicos da presente pesquisa: funcionamento dos Consultórios de/na Rua; demandas vivenciadas pelas equipes de saúde nos Consultórios de/na Rua e; desafios para o atendimento da população de rua nos Consultórios de/na Rua. As análises foram construídas com base nas categorias apresentadas pelas publicações, sendo selecionadas e embasadas teoricamente a partir do referencial teórico deste estudo.

Figura 4 - Fluxograma análise de dados



Fonte: adaptado SOUSA; SANTOS (2020).

Após o processo de codificação dos dados, observou-se que a leitura das publicações apontaram que as demandas e os desafios estão direcionados,

principalmente, à categoria funcionamento e operacionalização do serviço, recursos humanos e humanização. Então, na apresentação dos resultados agrupou-se os mesmos em torno destas categorias.

Para a identificação dos textos selecionados e para facilitar a organização dos dados coletados utilizou-se a seguinte forma de identificá-los: para artigos a letra A seguida do número da sua ordem (ex: A1, A2, A3); para as Dissertações a letra D seguida do referido número de ordem (ex: D1, D2, D3); o mesmo foi feito no caso das Teses (ex: T1, T2, T3).

3.3 Ética na pesquisa

De acordo com a Resolução Nº 466/122 do Ministério da saúde, a pesquisa desenvolvida a partir de revisão da literatura não se enquadra na necessidade de ter aprovação no Conselho de Ética. Dessa forma, este estudo foi construído através de referências bibliográficas no qual foi analisada a narrativa de cada autor (BRASIL, 2012b).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após o processo de coleta de dados, com a leitura na íntegra e de forma minuciosa dos 18 estudos selecionados, conforme Quadro 3, organizou-se a apresentação e a análise dos resultados em três tópicos para melhor responder os objetivos deste estudo: Funcionamento e operacionalização dos Consultórios de/na Rua, Consultórios de/na Rua e a PNH e, por fim, Recursos humanos e Consultórios de/na Rua.

Quadro 3 - Identificação dos estudos selecionados

Identificação	Obra/Ano	Autor (es)	Título	Plataforma
A1	Artigo (2016)	Ferreira; Rozendo; Melo;	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	LILACS
A2	Artigo (2019)	Lima <i>et al.</i> ;	Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo	LILACS
A3	Artigo (2017)	Silva; Takeiti; Machado;	Ressignificando vidas: reflexões acerca da construção do Cuidado em saúde do Consultório na Rua(CnaR) -contribuições da terapia ocupacional	CAPES
A4	Artigo (2015)	Silva; Cruz; Vargas	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	CAPES
A5	Artigo (2018)	Vargas; Macerata	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica	CAPES
A6	Artigo (2021)	Silva <i>et al.</i> ;	Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde	CAPES
A7	Artigo (2018)	Santos; Ceccin;	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto	CAPES
A8	Artigo (2016)	Engstrom; Teixeira;	Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	SCIELO
A9	Artigo (2019)	Engstrom <i>et al.</i> ;	A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida	SCIELO
A10	Artigo (2019)	Duarte;	O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua	LILACS

Continuação Quadro 3 - Identificação dos estudos selecionados

A11	Artigo (2020)	Valle; Farah;	A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde	LILACS
A12	Artigo (2018)	Machado; Rabello;	Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua	CAPES
A13	Artigo (2018)	Silva; Monteiro; Araújo;	Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão	SCIELO
D1	Dissertação (2013)	Silva;	População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro	BDTD
D2	Dissertação (2017)	Vale;	Estratégia e-SUS atenção básica: uso pelas equipes de consultório na rua	BDTD
D3	Dissertação (2013)	Lima;	Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas	BDTD
D4	Dissertação (2017)	Freitas;	A Política de Saúde para população em situação de rua: o Consultório na Rua de Curitiba - PR	BDTD
T1	Tese (2014)	Roos;	“Se esta Rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório na Rua”	BDTD

Fonte: as autoras (2022).

4.1 Funcionamento e operacionalização dos Consultórios de/na Rua

As publicações analisadas apontaram para várias questões relevantes que permeiam o funcionamento e a operacionalização dos Consultórios de/na Rua. Em especial, três categorias foram mais evidenciadas: a infraestrutura, o atendimento à população de rua e o planejamento e organização dos serviços, sendo eles identificados através das demandas e dos desafios.

4.1.1 A infraestrutura dos Consultórios de/na Rua

A infraestrutura é fundamental para que os profissionais desenvolvam suas ações de maneira assertiva e efetiva. De acordo com Santos *et al.* (2014, p. 1):

As condições de trabalho dos profissionais de saúde interferem positiva ou negativamente nas suas práticas diárias. Sabe-se que, entre esses fatores, a infraestrutura é importante, pois quando se proporciona conforto para o desempenho das atividades se favorece a organização do serviço, a disponibilidade de material, a estabilidade das relações interpessoais e a

qualidade na produção das ações de saúde; caso contrário, o trabalhador tende a improvisar, colocando em risco a sua saúde e a dos demais.

No que se refere à infraestrutura que permeia as ações dos Consultórios de/na Rua, as publicações apontaram para demandas, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Demandas da infraestrutura

Demandas
❖ Adequação dos espaços físicos, principalmente quando situados juntos com outros serviços de saúde (A1; A4; D2; D3).

Fonte: as autoras (2022).

Neste sentido, as publicações A1 e A4 apontam que existe a demanda de adequação dos espaços físicos para garantir um melhor atendimento. A adequação dos espaços físicos se refere a necessidade de um local com recursos suficientes como, por exemplo, cadeiras, macas, salas com privacidade para a abordagem individual. Esta demanda é mais evidente, principalmente, quando é necessário realizar esse tipo de atendimento em locais como na UBS ou em outras instituições de saúde, pois não são disponibilizadas salas adequadas para esse atendimento.

Cita-se, como exemplo, a ser seguido pelos Consultórios de/na Rua, a infraestrutura adequada de um Centro-Pop (serviço que compõe a política de assistência social). O ambiente deve ser acolhedor, desde a recepção inicial. Nos atendimentos, os espaços precisam garantir a privacidade tanto individual, quanto familiar, assim como também possuir acessibilidade para os públicos específicos, como as situações de gestantes e cadeirantes. Quanto aos ambientes em geral, devem ser salubres, limpos, possuir uma boa iluminação e ventilação local. Ademais, deve contar com espaços que favoreçam o convívio social e as atividades grupais, como também salas para atividades administrativas. Por fim, devem contar com espaços para higiene e alimentação dos usuários, como banheiros e refeitório (BRASIL, 2011d).

As publicações D2 e D3 evidenciam a necessidade em garantir espaços físicos adequados para o atendimento à população de rua. Existe a oferta de serviços sem os recursos necessários para o seu desenvolvimento como no caso da falta de equipamentos fundamentais no auxílio dos atendimentos às demandas da população e locais adequados para realização dos serviços, em que a privacidade do usuário

seja respeitada, pois as eCR atuam em espaços públicos e, por isso, com os usuários expostos.

Ainda sobre os espaços físicos, emergiu a necessidade de garantir locais adequados para abordagens coletivas, como as reuniões sócio-educativas. A falta ou a inadequação dos ambientes interferem diretamente na qualidade do atendimento e, muitas vezes, expõe essa população que já é extremamente fragilizada. Nesse sentido, Vargas e Macerata (2018), destacam a importância de as eCR contarem com uma sede de referência que viabilize o cuidado integral a essa população, no qual o acesso por eles seja livre de qualquer restrição e burocratização.

Para que haja uma fluência no trabalho das eCR faz-se imprescindível um local devidamente estruturado para os atendimentos e o fortalecimento da vinculação desse usuário, tendo como consequência a busca contínua dos tratamentos, reforçando que as ruas é um local inapropriado para um atendimento eficaz, ou seja, o ambiente em que eles vivem deve servir como um canal de abordagem para o primeiro contato, enfatizando a importância de tanto a PSR quanto o profissional de terem um ponto de referência com toda a acomodação (BRASIL, 2010d).

A presente revisão da literatura também apontou desafios encontrados na atuação dos Consultórios de/na Rua no que diz respeito à infraestrutura, conforme Quadro 5:

Quadro 5 - Desafios da infraestrutura

Desafios
❖ Falta de transporte ou transporte inadequado para a atuação dos profissionais (A1; A2; D2, A9; T1; A10)
❖ Informatização do registro dos dados de atendimento (A7; A9; D1; D2).
❖ Vinculação a uma UBS, com a garantia de espaço físico para atendimentos e procedimentos para a PSR (D2).

Fonte: as autoras (2022).

O transporte inadequado aparece como um desafio a ser enfrentado para garantir o deslocamento seguro e regular das eCR e, também, dos usuários quando há necessidade de encaminhamento para os serviços como abrigos, pronto atendimento e centro dia (A1; A2; A9; A10). A publicação T1 enfatiza a questão do transporte não como inadequado mas, sim, pela falta de veículos para a intervenção da equipe.

Santos *et al.* (2021), relatam o desafio que as equipes enfrentam por não ter um transporte ou o mesmo se mostrar em condições deploráveis destinado às atividades que eles desenvolvem, impactando na administração do tempo e da geografia para chegar nos locais em que acontecem os atendimentos. Os autores apontam, ainda, que tal ato interfere na organização e gerenciamento, sendo prejudicial em seu cotidiano, pois dificulta a ação do seu trabalho.

A informatização do registro dos dados de atendimento aparecem na publicações A7, A9 e D2 como um desafio a ser superado. A informatização é essencial para garantir a formulação de indicadores e para garantir uma continuidade dos atendimentos realizados. Sem os devidos registros o acompanhamento de cada caso fica prejudicado, pois os profissionais não conseguem ter acesso aos dados anteriores que possam embasar suas abordagens e encaminhamentos. Além de não gerar relatórios e indicadores que apontem para as necessidades do CnaR e os procedimentos realizados em determinados períodos.

Garantir um sistema de informação para esta população foi apontado pelo estudo D1 como um dificuldade enfrentada pelos CnaR, pois o custeio e a capacitação das equipes na utilização destas tecnologias é inviabilizado pela falta de investimentos. Não há um sistema informatizado nos locais de atuação dos CnaR direcionados ao registro dos processos realizados que auxiliem a análise das práticas desenvolvidas cotidianamente, o que afeta diretamente o planejamento das ações e processos.

A situação da informatização é agravada pela ausência de equipamentos portáteis e sucateamento de computadores (D2). A falta de tablets e celulares prejudica para que o atendimento seja registrado e cadastrado de modo mais assertivo e rápido, ademais os computadores existentes geralmente são máquinas antigas ou degradadas que não conseguem atender as necessidades apresentadas.

Rodrigues Filho, Xavier e Adriano (2001) propõem o uso dos sistemas de informação para as questões de saúde, já que esses dados garantem um acesso facilitado para os profissionais em consultas futuras, dando sequência no histórico do paciente. Em suma, dentro desses arquivos devem constar os medicamentos utilizados e qual o quadro clínico inicial do usuário.

A vinculação do consultório a uma UBS visando garantir a execução de práticas de saúde no atendimento aos usuários e o seu acesso integral aos serviços, torna-se um desafio diário para as eCR (D2). Os espaços físicos nos quais são realizados os

atendimentos à PSR não possuem aparelhagem necessária para realização de procedimentos, como por exemplo macas para facilitar a acomodação e exame físico dos usuários e práticas de sutura e curativo, entre outras atividades. Santos (2020) apresenta em sua escrita que as UBS, por vezes, agem colocando empecilhos quanto ao apoio a PSR, sendo que este local deve ser uma das instituições de principal acolhimento dessas pessoas.

As condições enfrentadas pelas equipes de trabalho possuem o desafio de vencer a precariedade que os cerca em sua rotina. D2 expõe a pouca infraestrutura e decadência em que os serviços precisam operar, ou seja, o ambiente em que eles atuam no atendimento, ou seja, as ruas, já não dispõe dos recursos precisos para a assistência ideal. Na pesquisa apontada por Santos *et al.* (2021), os mesmos problemas são identificados e classificados pelos profissionais da região do Maranhão, onde relatam a falta de insumos, transporte e os impasses para a realização de suas atividades, apesar de ser uma região específica, é possível observar que o problema pode estender-se a outros CnaR, assim como frisou também o estudo D2.

4.1.2 Quanto ao atendimento aos usuários

O Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), relaciona as doenças que comumente acometem esses indivíduos, pela extrema vulnerabilidade que vivem e, também, aos aspectos culturais, sociais, ambientais e sanitários que os cercam. Dentre elas, a tuberculose, o HIV/Aids e as hepatites virais. Diante desses cenários no cotidiano desses indivíduos, é enfatizado a importância de insumos para prevenção como, por exemplo, a distribuição de preservativos, assim como exames periódicos para detecção das doenças. Além disso, é de grande relevância a realização do exame específico para descoberta da tuberculose, denominado baciloscopia, feito no momento dos atendimentos, para uma rápida identificação dessa doença de fácil contaminação e propagação (BRASIL, 2012a).

No que tange ao atendimento da PSR, as demandas que ficaram em evidência constam no Quadro 6.

As ações voltadas a educação permanente e continuada no cotidiano da PSR apresentou-se como uma demanda na publicação D2, tendo em vista que o ensino

referente às formas de prevenção de doenças e as práticas de cuidado à saúde são de suma importância para evitar o acometimento e a disseminação de enfermidades que podem levar ao sofrimento e a morte. Este grupo, além de se encontrarem em constantes níveis de vulnerabilidade, também são pessoas que em sua maioria é leiga e com baixo nível de escolaridade, o que impede a compreensão e limita as ações de prevenção entre eles.

A educação é a ferramenta mais eficaz para mudança do comportamento dos indivíduos, pois em meio ao trabalho realizado pelo CnaR de conscientizar o morador na tentativa de reeducá-lo para as questões associadas à prevenção e cuidado efetivo, obtendo-se a redução dos danos na vida dessas pessoas (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Quadro 6 - Demandas do atendimento à população de rua

Demandas
❖ Busca ativa aos usuários em seus territórios possibilitando identificar suas necessidades (A10; A12; D1; D3; T1).
❖ Criação de espaços coletivos de abordagem e de cuidado (A1).
❖ atendimentos individuais com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e dentistas (A6; A9).
❖ Testes sorológicos (sífilis, HIV, hepatite, etc.) (A7; A9; A12; D2); Insumos para tratamento e prevenção de doenças (D3; T1).
❖ Educação permanente para a Política de redução de danos; Ampliação do conhecimento dos usuários com relação às DST e drogas; Trabalho cotidiano da equipe com ações que visam redução de danos (D3; T1).
❖ Atendimento a demandas das mulheres marcada pela violência de gênero, estupro, gravidez indesejada, perda da guarda dos filhos, etc (A9).
❖ Ações educativas (D2).
❖ Atender nos mesmos horários e dias sempre com constância para construir uma referência e criar ritmos (T1).
❖ Abordagem de rua (A6).
❖ Desenvolver ações de promoção da saúde (A9; D2).

Fonte: as autoras (2022).

O estudo D1 relata a dificuldade que os usuários têm para perceber que estão doentes, o que leva a não procurarem ajuda dos profissionais. A principal preocupação dessa população é buscar o alimento diário e um local para repouso e higiene e, inclusive, quando estão em uso de substâncias ilícitas essas necessidades ficam

esquecidas. O trabalho das eCR é realizado a partir da busca ativa aos usuários em seus territórios, possibilitando identificar suas principais necessidades, conforme D3 e T1 descrevem. Conhecer a subjetividade desses indivíduos possibilita entender a realidade vivida por eles, facilitando a identificação e compreensão das suas vulnerabilidades, permitindo respeitar o seu espaço, estabelecendo o primeiro diálogo, propiciando a construção do vínculo e, conseqüentemente, gerando um cuidado contínuo e permanente de atenção à saúde.

Os principais locais de abordagem na rua descrito em A6 trata-se de praças, marquises, locais abandonados e demais espaços que possam abrigar o morador. Geralmente são locais degradantes para a sobrevivência humana. São nesses locais que a equipe identifica e atende, através de abordagens e atividades que visam a escuta qualificada e um minucioso trabalho voltado para a atenção primária do indivíduo, todavia há casos em que vão além dos recursos disponíveis nas ruas no momento da abordagem necessitando, assim, de um encaminhamento para que haja um diagnóstico ou tratamento mais completo.

A atuação nas ruas é crucial para a efetivação do elo que se faz valioso no meio da comunidade de pessoas em situação de rua, fazendo com que a experiência de cada profissional contemple a carência denotada naquele ambiente, sendo possível direcionar os casos mais complexos às unidades de referência e aos menos graves realizados no próprio local (KRÜGER; ANTONI; BALDISSERA, 2021).

O trabalho do CnaR é realizado a partir da busca ativa à PSR nos territórios de atuação (A10; A12). Essa busca ocorre por meio de abordagens, no qual é realizado o acolhimento dos indivíduos, estando atento às suas demandas mais urgentes e construindo um vínculo entre os profissionais e os usuários. Pereira *et al.* (2013), apontam a busca ativa como importante mecanismo de identificação dos determinantes do processo saúde-doença do usuário, pois propicia conhecimento acerca dos contextos sociais e psicológicos em que vivem, o que de certa forma contribui para um melhor plano terapêutico e, conseqüentemente, uma maior aderência ao tratamento e resultado final positivo, reinserindo o indivíduo ao meio social.

A singularidade em que essa população vive desperta um alerta voltado aos cuidados que perpassam as indagações socioeconômicas, estrutural ou nos vícios que eles costumam ter. O olhar dos profissionais não devem se concentrar apenas na redução de danos, mas também nos mínimos detalhes como, por exemplo, a

higiene e o que comeram, como também um despertar a sensibilidade de quem atua diretamente no tratamento desse grupo (ABREU, 2017).

Além dos atendimentos individuais, as equipes também realizam abordagens em grupos (A1). Este tipo de abordagem tem o intuito de centralizar a população de rua em um único local que seja acessível tanto para eles quanto para os profissionais que atuam no serviço, facilitando o cuidado e abrangendo um grupo maior de usuários, principalmente nas ações educativas. Os estudos analisados apontam que as equipes têm dificuldade em atender um número maior de usuários justamente por conta da localização e dos espaços serem pequenos e, muitas vezes, inadequados.

As atividades de grupo que incentivem o convívio social e estabeleçam a criação de vínculo entre os usuários, os profissionais e a comunidade, são enfatizadas pelos estudos A6 e A9 como importantes demandas para a atuação das equipes do CnaR. Ademais, os atendimentos individuais com profissionais de áreas específicas que contemplem as necessidades e particularidades de cada indivíduo, com um projeto terapêutico singular, visam a integralidade das ações desenvolvidas pelos CnaR.

Silva *et al.* (2018), abordam estratégias criativas para a inclusão da PSR no campo da Terapia Ocupacional e relatam a experiência através de projetos de extensão no município de São Carlos, no qual foram desenvolvidas Oficinas de Atividades semanais voltadas à inclusão dos indivíduos, a partir da cultura e da arte. Para os autores, esses espaços coletivos visam a reinserção da população ao meio social, favorecendo a troca de experiências e a construção de vínculos com os profissionais. Os espaços de encontros proporcionam, ainda, um maior conhecimento dos profissionais acerca do dialeto próprio que os grupos utilizam, o que favorece a aproximação com os sujeitos. Ademais, foi criado um *blog* e realizada uma exposição de arte. O intuito dessas atividades é possibilitar uma maior interação entre eles, o reconhecimento de sua identidade e, também, o desenvolvimento de suas habilidades e seu poder de criação.

O atendimento com testes sorológicos são abordados nos estudos A7, A9, A12, D2, D3 e T1. Trata-se de exames realizados para detecção de DST como, por exemplo, a Sífilis, o HIV e a Hepatite, focando na prevenção ou detecção dos casos. Para tanto, devem ser observados os insumos necessários para gerar os atendimentos de saúde como no caso de: testes sorológicos para detectar doenças, preservativos para distribuir, kits de higiene, ou seja, insumos essenciais para os

profissionais desenvolverem as ações de cuidado mais humanizado e efetivo em relação à prevenção, ao tratamento e a doenças já existentes.

De modo a diminuir as incidências e danos ocasionados pelo uso de drogas e contaminação em decorrência de DST, D3 e T1 enfatizam a importância da educação permanente e continuada voltadas a política de redução de danos e ao conhecimento dos usuários acerca das DST, suas causas, consequências e devidos cuidados e tratamentos. As ações de promoção e prevenção que visam ampliar o conhecimento dos usuários necessitam ser praticadas no cotidiano dos serviços, buscando sempre reduzir os danos, não necessariamente voltadas a interrupção do uso de algumas substâncias como o crack, na qual contemplem atitudes que venham a trazer novamente o convívio social desses usuários, sendo eles sujeito de direitos e reforçando a autonomia dos indivíduos. Ademais, fornecer o acesso integral aos serviços, abrangendo o tratamento específico aos cuidados não só físicos, mas também psicológicos que determinadas substâncias causam.

Santana (2014), diz ser recorrente no meio dos moradores de rua as situações que envolvem as DST. Os testes são usados estrategicamente para facilitar a identificação e atuação no tratamento da pessoa em situação de rua com o vírus. É de suma importância tratar para conter os avanços da doença, além de evitar que a mesma atue na vulnerabilidade da saúde desses sujeitos. As mulheres moradoras de rua, por exemplo, estão suscetíveis a ter uma gestação acometida por essas doenças, podendo contagiar os seus bebês.

Nesse contexto, a situação das mulheres que têm as ruas como abrigo precisam de uma atenção diferenciada, já que encontram-se fragilizadas e marcadas não só pela experiência ruim que é viver às margens da sociedade, pois as suas dores e dificuldades vão além desse cenário. Essa temática é o que explicita o estudo A9, quando menciona as angústias e os traumas que elas carregam como o estupro, a gravidez indesejada e, ainda, a perda da guarda dos filhos. Estas condições despertam nos profissionais um olhar mais amplo acerca das principais demandas desse público em específico, possibilitando o planejamento das ações voltadas à diminuição dos danos causados por essas situações. O tratamento psicológico é uma poderosa ferramenta contra esses fatores, empoderando e fortalecendo as mulheres a romper esses ciclos.

É sabido que muitas mulheres convivem com a dor por ter sofrido algum ato de violência contra seu corpo, a sociedade evidencia que essa atitude tem se tornado

frequente contra elas e sua voz sendo calada. Nardes e Giongo (2021), apontam esse cenário que comumente ocorre no meio das mulheres, onde as mesmas se encontram totalmente expostas aos perigos eminentes das ruas, sem apoio e acreditando que esse ciclo vicioso é normal por elas se encontrarem sozinhas. Tal situação ocasiona o desgaste físico e mental e desperta para os problemas de saúde diversos, acarretando em uma demanda recorrente.

Objetivando a efetividade dos serviços ofertados à PSR, foi apresentado por A9 e D2 a necessidade do desenvolvimento de ações que promovam o cuidado à saúde dessa população. A promoção da saúde é concebida a partir de um conjunto de atitudes desenvolvidas na prática diária dos profissionais que visam o bem-estar dos usuários. Compreende também a dimensão subjetiva dos indivíduos em suas necessidades.

O documento para discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do MS (Brasil, 2002) evidencia a complexidade que é promover a saúde diante de uma sociedade impregnada pela cultura da medicalização. Enfatiza que a promoção à saúde não pode se reduzir meramente a práticas que antecedem a prevenção da saúde. É essencial primeiramente observar todo o contexto que envolve os indivíduos, olhando de forma singular para cada um, respeitando o ser humano em sua subjetividade. O ato de promover a saúde é desafiador, pois é de fundamental importância a articulação entre os setores e atores sociais, em prol de um benefício em comum, que é a qualidade de vida e bem-estar social. Desse modo, é necessário romper o individualismo predominante em nossa sociedade (BRASIL, 2002).

Quanto aos desafios encontrados para garantir o atendimento da População de Rua observa-se no Quadro 7.

O direito à segurança é estabelecido pela CF, sendo dever do Estado assegurá-la (BRASIL, 1988). Todavia, a PSR tem esse direito diariamente violado, até mesmo por parte de quem deveria oferecer essa segurança. D3 é enfático ao abordar a dificuldade das eCR atuarem nas abordagens à PSR, devido a ação violenta de instituições de segurança pública como, por exemplo, a polícia. Por ser uma população estigmatizada, que sofre diariamente o preconceito nas ruas por parte da sociedade e dessas instituições, acaba tornando-se difícil realizar o acolhimento, tendo em vista que já vivem traumatizadas pelas ações violentas sofridas. Tudo isso acarreta na repulsa desses indivíduos com as equipes de atendimento e, conseqüentemente, a associação negativa dos usuários com a saúde, associando a algo repressor.

A falta de identificação das equipes, com um uniforme padronizado e crachás é configurado como desafio para a publicação T1. Isto porque acaba gerando uma dificuldade na intervenção dos profissionais, uma vez que o morador rejeita o atendimento ou foge por acreditar que se trata de servidores de instituições de segurança pública, como a polícia e a guarda municipal, devido a recorrentes abordagens agressivas. A padronização facilita a atividade da equipe, por vincular a imagem dos profissionais ao consultório.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2010) aborda a temática voltada à identificação do CR e a credibilidade que isso gera para o serviço. Essa estratégia vincula uma imagem de acolhimento e deve estar estampado de modo que seja possível o morador saber que ali eles podem encontrar um apoio (BRASIL, 2010d).

Quadro 7 - Desafios do atendimento à população de rua

Desafios
❖ Os horários de atendimento da maioria dos serviços de saúde são incompatíveis com o cotidiano da rua (A8; D1; D3; D4); Consulta agendada x consulta por demanda espontânea (A4).
❖ Burocracia relacionada ao atendimento do usuário nas unidades de saúde pela falta de documentação e moradia fixa (D3; T1).
❖ Estabelecimento de contato com o usuário (T1).
❖ Garantir o acesso aos serviços de saúde para a população de rua (A1; A5; A9; A10; D1; D3); Suporte de serviços de urgência e emergência (A4; A9; A13; D1); Escassez de serviços para o cuidado e prevenção contra o álcool e outras drogas (A5; A8; A10; D3; D4); Escassez de ações de saúde bucal (A13); Insuficiência de vagas em urgências e hospitais (A9; D4).
❖ Viabilizar equipes itinerantes para atendimento e aproximação com a população de rua (A5; D4).
❖ Falta de identificação e uniformização das equipes (T1).
❖ Insumos para prevenção e material informativo (T1; D3).
❖ Ações violentas de instituições da segurança pública (D3).

Fonte: as autoras (2022).

A realidade vivida pela PSR dificulta a criação de rotina. Os textos A8 e D1 pontuam a complexidade que é adequar as agendas dos profissionais com o estilo de vida dos usuários. Por vezes, torna-se inviável a continuidade no tratamento de doenças, visto que os horários que os estabelecimentos de saúde ofertam os serviços vai na contramão do cotidiano deles. Wijk e Mângia (2019) enfatizam que os horários rígidos que os estabelecimentos de saúde operam se tornam um fator limitante do

acesso da PSR aos serviços, o que corrobora com a exclusão já vivenciada pelos usuários e a restrição das ações voltadas às suas demandas.

Adequar os horários dos atendimentos realizados pela maioria dos serviços de saúde ao cotidiano da PSR encontra-se como um desafio nos relatos das publicações D3 e D4. A realidade vivida por esses usuários que diariamente fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas, acomete psicologicamente e fisicamente a sua saúde, desenvolvendo algumas doenças. Por esse motivo, o acesso a esses serviços torna-se limitado, prejudicando, assim, a continuidade das ações voltadas tanto na prevenção como no cuidado dos danos causados por essas ações, já que o vício os impede de ter uma rotina.

No site institucional do MS (Brasil, 2019), se destaca a dificuldade nos horários de atendimento criados para as pessoas que necessitam utilizar os serviços de atenção primária. O relato é que os cidadãos geralmente trabalham em turnos comerciais, em que a rotina se inicia às seis da manhã e termina ao final do dia, confrontando os horários que os profissionais estão disponíveis. Por meio da dificuldade acima é possível comparar o desafio enfrentado pelos moradores de rua na continuidade e a disponibilidade de serem atendidos como descreveu os autores dos textos D3 e D4, expondo que o horário de funcionamento está na contra mão do seu cotidiano, uma vez que, suas fragilidades ultrapassam as dificuldades das demais pessoas (BRASIL, 2019).

O desafio apresentado por A4 está associado à consulta agendada para a PSR. No entanto, o autor observou através da captação de entrevista com os profissionais que havia mais pacientes por demanda espontânea do que por agendamento, sendo assim, os locais onde ocorriam os atendimentos tornava-se sobrecarregados em determinado turno do dia, já que eles eram surpreendidos com a chegada de mais pessoas que não estavam programadas para a data.

O surgimento de novos usuários sem o agendamento prévio é considerado como demanda espontânea. Geralmente acontece por meio do usuário que necessita ser atendido num local de saúde a qual não possui o serviço de urgência e emergência, como por exemplo, a UBS. Elas dispõem de médicos para atender a população que precisa fazer a marcação antes da consulta (PAULINO, 2014).

Para que haja um grau de aproximação mais efetivo entre eCR e PSR T1 propõe através de sua análise que seja feito um trabalho de gestão pensado e voltado para a padronização e fixação dos horários nos atendimentos para a população de

rua. Para Macedo, Sousa e Carvalho (2020) todo trabalho que os profissionais realizam pensando no bem estar e na vinculação é essencial para que essas pessoas se mantenham em constante busca dos tratamentos ofertados a eles.

A burocracia é um processo presente no cotidiano de qualquer cidadão, desde a informação até o objetivo final. Entretanto, para as pessoas que convivem com a desinformação, acentua-se como um grande desafio. Todo o processo necessita de dados para um registro mais completo e concreto. Em D3 e T1, o autor problematiza o fato desta questão ocorrer entre as PSR, pois uma parte desses usuários não possuem as documentações necessárias para adentrar as instituições, fazendo com que o acesso se torne restrito, prejudicando as atividades desenvolvidas pela eCR, a qual é a principal articuladora dos serviços entre os usuários e as principais instituições de saúde. Esse fator é acentuado pela exigência de comprovação de residência, visto que a PSR é um grupo que não possui endereço fixo.

Lira *et al.* (2019), reforçam e salientam o problema que a população de rua defronta-se ao buscar por ajuda nos serviços de saúde, o fator mais ilustrado está associado a falta do Cartão Nacional de Saúde (CNS), não conseguir comprovar moradia e a falta de um número para contato. São diversos os empecilhos para que haja o contato entre o usuário e o médico a fim de solucionar seu estado de saúde. O padrão documental exigido no Brasil não diferencia-se no meio das pessoas que estão à margem da sociedade ou não possuem esses dados, possibilitando um viés grave de impedimento para a inclusão no SUS.

A publicação T1 aponta como desafio o estabelecimento do diálogo entre os profissionais e os usuários. Por se tratar de uma população estigmatizada, que sofre preconceito socialmente e também por parte de alguns profissionais de saúde, tem como consequência a descontinuidade dos tratamentos. A partir do momento que elas são acolhidas, sentem-se fazendo parte da sociedade.

Para Paula *et al.* (2018), cada indivíduo vive processos e experiências particulares que por vezes carregam cicatrizes e dores. O morador de rua é rotulado pelo modo de vida que leva, em contrapartida esse pré-julgamento por parte da sociedade faz com que eles não se permitam buscar ajuda. A ferramenta mais importante para articulação entre as pessoas é a troca de informações baseado no acolhimento, o que possibilita construir o vínculo profissional x PSR.

O acesso à saúde é um direito garantido na Constituição Federal Brasileira, descrito no art. 196 (BRASIL, 1988). Neste encaminhamento, os autores (A1; A5; A9;

A10; D1; D3) discorrem sobre esse acesso aos serviços para a PSR, pois a sociedade costuma reprimir os direitos desses sujeitos, como se não estivessem amparados pela Constituição quando, na verdade, devem ter uma maior atenção e cuidado por estarem vulneráveis e suscetíveis a várias doenças.

Quando avaliada a questão do acesso aos serviços de saúde pública, os casos identificados como de urgência e emergência são apresentados como um desafio já que, em muitos casos, o SAMU não dá a resposta esperada quando se trata da população de rua. Isto se dá porque, muitas vezes, ao atenderem as chamadas e ao chegarem no local se deparam com indivíduos alcoolizados, drogados, entre outras situações que geram conflitos entre profissionais e usuários (A4; A9; A13; D1).

O preconceito ultrapassa a dor do outro e impossibilita essas pessoas de serem vistas e acolhidas. Boa parte da população de rua não tem sequer um encaminhamento a entidades públicas para o cuidado e a prevenção contra o álcool e drogas. O problema se repete em outros ambientes como na insuficiência de ações voltadas para o trato da saúde bucal e as mínimas vagas de urgência e emergência dentro dos hospitais (A13).

O CnaR visa ampliar e garantir o acesso da PSR aos serviços de saúde. É realizado de forma itinerante, ou seja, em horários e locais distintos, de modo a viabilizar equipes para o atendimento e aproximação com esses sujeitos é um desafio constante, e está descrito nos textos A5 e D4. É necessário um planejamento estratégico para que torne o trabalho executável, visto que a PSR possui particularidades no seu atendimento. O tipo de abordagem, o estabelecimento do diálogo, o acolhimento e a consequente criação do vínculo são pontos chaves para resultados satisfatórios dos serviços. É necessário a adequação das equipes ao público alvo, pois alguns grupos são mais fixos dentro dos territórios, outros mais mutáveis, assim como alguns necessitam de cuidados mais específicos.

Campos (2018) explica, em sua pesquisa, a percepção que os futuros profissionais e atuais adquiriram após um programa do governo que visava instruí-los e ampliar sua visão ao amparo da população de rua quanto às suas fragilidades. A partir desse conhecimento e o acompanhamento de campo, os alunos puderam compreender os motivos da recusa nos atendimentos que a PSR faziam; observaram situações de rejeição por parte das unidades de saúde por que essas pessoas não conseguem manter a higiene. Então, entenderam que o desprezo por parte das

entidades afastava a população de ter uma relação contínua, impossibilitando qualquer aproximação.

De acordo com o estudo T1 e D3, a falta de recursos que auxiliam na prevenção de doenças, como insumos (preservativos, testagens contra DST) e materiais educacionais (folhetos e folders), torna inviável a realização de ações destinadas a essa população que se encontra em extrema vulnerabilidade, uma vez que essas ferramentas são essenciais e indispensáveis na detecção precoce de enfermidades e na educação permanente do usuário. A função do CnaR fica fragilizada com a falta de matéria-prima, as quais são essenciais e de baixo custo.

Vargas e Macerata (2018) reforçam a seriedade e comprometimento que deve ser adotado quanto à distribuição de material e a informação a essa população que encontra-se desprotegida e carente de conhecimentos sobre sua saúde. Com essa percepção do autor fica notório que os desafios que T1 e D3 expõem é um problema que precisa ser revisto pelos gestores desta política.

4.1.3 O Planejamento e a organização dos Consultórios de/na Rua

No que diz respeito ao planejamento e a organização das ações desenvolvidas pelos Consultórios de/na Rua, as publicações estudadas apontaram para demandas importantes, conforme Quadro 8.

Quadro 8 - Demandas do planejamento e organização dos serviços

Demandas
❖ Articulação intersetorial (A6; D2; D3; T1).
❖ Mapear conhecer a rede de proteção social (governamental e não governamental) (A1; A12).
❖ Planejamento das ações a serem desenvolvidas (D3; D4).
❖ Gerenciamento como um ponto chave para o desempenho do trabalho da equipe (T1).
❖ Flexibilização dos horários de atendimento (A1; A5; D1; D4).
❖ Parcerias com entidades e instituições para o desenvolvimento das ações e encaminhamentos diários junto com as populações atendidas (D3; T1).
❖ Mapeamento de território, para o conhecimento do perfil e demandas da população (A11; D4).
❖ Articulação com Centro de Referência Especializado em Assistência Social, permitindo a discussão de casos para elaboração de projetos terapêuticos (D2).

Fonte: as autoras (2022).

É fundamental o gerenciamento das equipes para um desempenho satisfatório do trabalho dos profissionais no atendimento a PSR, ressaltado pela publicação T1. O autor apresenta o cotidiano do serviço que, muitas vezes, é "pego" por situações imprevisíveis, principalmente pela particularidade do público alvo. Diante disso, os profissionais necessitam de um direcionamento que facilite o desempenho das funções diárias, organizando a dinâmica e construindo o vínculo entre os profissionais, tornando-se o ponto de partida no desenvolvimento de ações que busquem solucionar as adversidades encontradas no cotidiano do serviço.

Ante o exposto, Paiva et al. (2018) abordam o papel do gestor nos serviços de saúde, de modo que relaciona uma gestão de qualidade a práticas cotidianas que estejam voltadas ao planejamento das ações, o que facilita lidar com as imprevisibilidades do dia a dia, como também o incentivo a interação da equipe nas relações cotidianas para uma melhor efetividade dos serviços. Ademais, destaca a gestão participativa como ponto fundamental, pois é a partir das construções coletivas que se afinam os objetivos de modo a abranger todos os usuários.

Para A6, D2, D3 e T1 a articulação intersetorial é uma das demandas mais presentes e refere-se à relação entre a eCR e às instituições de saúde. Abrange as funcionalidades a serem adotadas por ambos os lados, para que as responsabilidades não fiquem restritas somente ao CnaR e sobrecarregue os profissionais.

O site institucional do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), esclarece que o CnaR é uma estratégia do SUS facilitadora dos atendimentos e encaminhamentos dessa população, o que não acarreta na desobrigação da UBS de ofertar os seus serviços, principalmente quando não existir equipes específicas do CnaR (BRASIL, 2011b).

A flexibilização dos horários de atendimento é enfatizado como demanda nos estudos A1, A5, D1 e D4. Segundo os referidos estudos, a flexibilização além de contribuir na distribuição de equipes por turnos, busca não sobrecarregar os profissionais. Ademais, a divisão de equipes por território e horário contribuem na construção de conexões com os usuários, gerando confiança e respeito.

A PNAB é enfática ao afirmar o dever da adequação dos horários de funcionamento do CnaR à realidade vivida pela PSR, podendo ocorrer em qualquer dia da semana, nos dois turnos, de acordo com a carga horária semanal estabelecida (BRASIL, 2011a).

No Guia do Projeto Consultório de Rua (2011), é destacado a flexibilização de horário das equipes como importante meio de análise territorial, possibilitando

identificar em dias e horários alternados os pontos favoráveis e desfavoráveis para acomodação das equipes, facilitando a escolha do melhor local para atuação dos profissionais. Além disso, propicia compreender o comportamento da população de acordo com os horários como, por exemplo, os turnos com maior incidência do uso de substâncias ilícitas, o que facilita uma melhor intervenção das equipes e dinamiza o trabalho (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

O planejamento torna as práticas mais estruturadas e conseqüentemente mais resolutivas. Deste modo, os textos D3 e D4 discorrem sobre a importância do planejamento das ações a serem desenvolvidas e executadas no cotidiano pelas eCR, visando contribuir com a organização do trabalho, assim como identificar as principais necessidades da população a ser amparada por esses serviços.

Para Carvalho e Santiago (2020), o planejamento é um processo contínuo e organizado que tem como finalidade o alcance de um objetivo. Diante disso, no campo da saúde, é fundamental as equipes identificarem as principais vulnerabilidades dos indivíduos e enfatizarem a participação ativa dos profissionais e da comunidade no processo de mudança, a partir de ações e, no fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários. Além disso, as reuniões que propiciem a articulação dos profissionais e a discussão acerca do perfil epidemiológico da população é um importante dispositivo para o planejamento do trabalho, pois é possível traçar caminhos a serem adotados no cotidiano dos serviços, com a educação permanente da comunidade e nas ações de promoção a saúde dos indivíduos.

Os textos A11 e D4 apontam a importância do mapeamento territorial como instrumento para conhecer o perfil da PSR e as suas principais vulnerabilidades. Identificar o perfil dos indivíduos através de dados informativos contribui com as análises como, por exemplo, expor se nos grupos destaca-se mais perfis feminino, masculino e em qual idade e raça mostrou-se em uma quantidade recorrente, assim como deve-se considerar as características sociais e culturais, viabilizando um direcionamento das ações nas particularidades de cada grupo.

Para Santana *et al.* (2013), o mapeamento é um importante instrumento estratégico em saúde, pois possibilita os profissionais conhecerem o território de atuação, bem como a população que nele vive, englobando os aspectos sociais, ambientais e históricos, observando as particularidades daqueles indivíduos. O conhecimento acerca desses aspectos influencia no redirecionamento do planejamento de ações, no processo de tomada de decisão visando, assim, promover

a saúde dos indivíduos de acordo com suas reais necessidades e reconhecendo os principais riscos e agravos à saúde que acomete aquele território.

As produções D3 e T1 destacam a importância das parcerias com entidades e instituições para o desenvolvimento das ações e encaminhamentos diários. O atendimento do CnaR não se restringe somente a promoção, a prevenção e o cuidado à saúde dessa população, mas também no direcionamento dos usuários a outros ambientes que devolvam o convívio social e a sua autonomia, com a condição de ajudar nos problemas mais complexos que a atenção primária não possui o domínio. Desse modo, possibilita o contato com outras instituições através do correto direcionamento das equipes e enfatiza a participação ativa destes órgãos na resolutividade dos seus problemas.

No artigo produzido por Paula *et al.* (2018), no qual é abordado a experiência da implantação de um CnaR no município do Rio de Janeiro, os autores enfatizaram a necessidade de uma maior articulação com outras instituições para uma maior integralidade das ações voltadas a PSR. Deste modo, o estudo mostrou a relevância da parceria com instituições como o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPRJ). Relataram que a parceria com o CREAS foi de fundamental importância para a discussão e planejamento das ações a serem desenvolvidas para uma população que tem diariamente seus direitos violados. No que tange a DPRJ, a parceria surgiu através de denúncias com relação a gestantes usuárias de drogas, que viviam em uma situação de risco extremo a sua saúde, o que gerou a mobilização de diversos atores sociais na discussão dos casos, gerando uma rede de proteção a essa população.

Conforme A1 e A12, identificar as principais redes de proteção social, tanto governamentais, quanto não governamentais, possibilita prestar uma assistência integral à saúde dessa população, articulando o trabalho das equipes com outras instituições nos planos de ações propostos de acordo com as particularidades de cada indivíduo. Visando, assim, a diminuição das desigualdades sociais, o amparo à PSR e o direcionamento dos usuários aos devidos serviços.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem como papel a proteção social, através de serviços e programas que busquem amparar populações vulneráveis, com vínculos fragilizados e direitos violados, realizando o acolhimento desses usuários, e articulando-se em redes governamentais e não governamentais

para uma maior abrangência das ações. Na média complexidade têm-se como exemplo o CREAS e o Centro-Pop e na alta complexidade o Serviço de Acolhimento Institucional, Serviço de Acolhimento em República, dentre outros serviços (BRASIL, 2011d).

Entre as possibilidades de parcerias, a publicação D2 indica o CREAS. Para uma melhor articulação entre o CREAS e o CnaR sugere-se que as equipes permitam discutir os casos com a intenção de elaborar projetos terapêuticos voltados ao público alvo. De acordo com a cartilha elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (2020), o CREAS instiga ações e reforça o seu papel em áreas que não possuem Centros Pop. Para além, incentiva a ampliação de locais públicos, percebendo a necessidade da distribuição de kits de higiene aos usuários que não aceitam serem levados a centros destinados a eles, dando preferência em continuar dormindo nas ruas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Quanto aos desafios encontrados para garantir o planejamento e organização dos serviços, observa-se o Quadro 9.

A falta de articulação intersetorial, descrita por T1, prejudica a continuidade das ações voltadas à PSR. As eCR fazem um atendimento inicial a esses sujeitos, solucionando problemas primários e urgentes nos locais de atuação porém, alguns problemas mais complexos necessitam de assistência fora daquele campo, no qual as equipes fazem o correto direcionamento, todavia, é restrito devido a articulação com outras instituições estarem fragilizadas. O CnaR fica praticamente invisível perante outros órgãos, o que dificulta a resolutividade das ações voltadas a essa população.

Para Batista (2015), as articulações com as várias redes institucionais fortalecem o SUS, de modo que agrega diferentes conhecimentos e une diversos setores e atores em benefício do bem-estar social.

Mendes e Akerman (2007) enfatizam que a promoção da saúde deve ser a protagonista nos mecanismos de desenvolvimento da intersectorialidade. Os autores abordam a importância de práticas como, a governança em saúde, para a articulação das ações e projetos que visem o desenvolvimento de programas e políticas com foco no bem-estar das pessoas e na diminuição das desigualdades sociais, no qual os diversos atores estejam presentes na discussão das principais vulnerabilidades locais. Para tanto, destacam a relevância de locais de debate das ações a serem desenvolvidas e da agenda em saúde a ser planejada, como os Conselhos de Saúde.

Enumeram, ainda, que a fragmentação de setores de certa forma prejudica as ações, pois corrobora com a disputa por recursos que poderiam beneficiar ações integrais.

Quadro 9 - Desafios do planejamento e organização dos serviços

Desafios
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS); Ações descontinuadas; Estabelecer uma rede de atendimento que atenda integralmente às demandas da população de rua, que vá além dos serviços de saúde; Necessidade de esclarecimento, propostas e a ênfase na oferta dos serviços para a aceitação de cuidados em relação aos moradores (A1; A5; A9; D2; T1). ❖ Definição dos limites dos territórios geográficos (A9); Territorialização (A9). ❖ Falta de apoio da gestão local (D2). ❖ Articulação intersetorial (T1). ❖ Isolamento das equipes de Consultório na Rua, ou seja, sem articulação com outros serviços da prefeitura (D1). ❖ Planejamento estratégico do trabalho (D2).

Fonte: as autoras (2022).

O isolamento das eCR gerado pela falta de articulação com outros serviços é apontado pelo texto D1 como um grande desafio. Este isolamento acaba sobrecarregando os profissionais, pois precisam assumir toda a carga atribuída. As eCR têm muita dificuldade em vincular as suas obrigações junto a serviços que pertencem também à prefeitura. Sendo assim, acabam ficando cada vez mais sozinhas quando poderiam desenvolver um trabalho em conjunto com outros órgãos para alcançar um maior número de moradores, garantindo agilidade nos processos que envolvem esta comunidade.

Considerando as especificidades da PSR, a definição dos limites dos territórios geográficos emergiu como um desafio no estudo A9. O artigo enfatiza a importância da organização referente à dinâmica do trabalho *in loco*, devido à dificuldade do acesso das equipes aos territórios que essa população se instala, tendo em vista que o trabalho das equipes é a partir da busca ativa aos usuários. Esses indivíduos fazem parte de um ciclo de violência e pobreza extrema, e estão “abrigados” em lugares marcados pelo perigo, como territórios comandados pelo tráfico de drogas, locais abandonados, isolados e de difícil acesso.

Faria (2020) define territorialização dentro do SUS como um modelo que visa alcançar as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), podendo ser de

abrangência regional, municipal ou distrital com o intuito de descentralizar os atendimentos e serviços ofertados, fazendo com que chegue até as populações menos favorecidas geograficamente ou economicamente que geralmente são as mais afetadas.

Fernandez e Mendes (2007) destacam que a promoção da saúde se manifesta a partir da intersetorialidade e da participação social. Desse modo, ressalta a relevância da gestão na articulação entre o poder local e os atores envolvidos no processo de promoção da saúde. Enfatizam o reconhecimento e apoio a modelos estratégicos que visam amparar grupos sociais mais vulneráveis, na promoção de políticas públicas como importantes fontes de mudanças sociais. Os autores citam a gestão participativa, no qual pode ser criado locais de debates e discussões acerca das principais necessidades locais e planejamento de ações voltados a solucionar os problemas enfrentados diariamente, como exemplo citado pelos autores a criação de um Comitê Local de gestão.

Alguns processos diários na rotina dos serviços do CnaR são dificultados pela falta de apoio da gestão local (D2). A falta de investimentos com a capacitação das equipes, a falta de reuniões no debate do planejamento de ações, a falta de comunicação entre os setores, tudo isso gera um impacto negativo nos processos de trabalho, o que reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados, como também na descontinuidade desses serviços voltados a uma população que já vive tão esquecida pela sociedade.

As atividades cotidianas dos CnaR pautadas no planejamento estratégico das ações descritas no estudo D2, facilita na dinâmica do trabalho, tornando-o mais organizado e objetivo. O estudo trata de alguns fatores que dificultam esse planejamento como, por exemplo, a falta do uso da tecnologia como facilitadora no desenvolvimento dos processos. Aliado ao uso da tecnologia, a falta de frequentes reuniões com o intuito de planejar e debater as ações a serem desenvolvidas também é enfatizado pelo texto. Conhecer o contexto e as particularidades em que as equipes e os indivíduos estão inseridos permite planejar, analisar, formular estratégias e tomar decisões com o objetivo final de alcançar resultados positivos nos serviços prestados.

No campo da saúde, Ferreira, Silva e Miyashiro (2017) destacam o método do planejamento estratégico situacional (PES) que foi desenvolvido por Carlos Matus, e é um importante instrumento para enfrentar os desafios encontrados no processo de produção da saúde, bem como qualificador das ações, estando presente no SUS. O

PES considera as mudanças ocorridas no momento do processo de implementação das ações, desse modo, enfatiza a importância da reformulação dos planos. Ressalta, ainda, a importância da articulação de algumas variáveis como, o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo. Essas variáveis estão relacionadas aos objetivos, as habilidades e técnicas e, por fim, a relação entre as variáveis controláveis e não controláveis. Na prática, utiliza-se de ferramentas que facilitam e viabilizam o planejamento como o *Brainstorming*, a Técnica de Priorização, o diagrama de Ishikawa, dentre outras. No que tange aos benefícios do PES, estão a articulação entre os atores sociais, o auxílio na tomada de decisão, o direcionamento do trabalho e a resolutividade das ações.

A APS foi criada com a intenção de promover ações em vários âmbitos da saúde pensando no bem estar do coletivo e aplicando-se a cada área onde a demanda é muito grande e os desafios precisam ser ultrapassados. Para isto, o gestor deve ser o impulsionador nas organizações da APS, observando e se antecipando às questões como os autores expõem em relação aos CnaR. Os processos de trabalho, a priorização do paciente e das agendas dos profissionais e muitos aspectos a serem reavaliados, quando perceptível por uma coordenação e gestão, demonstra o quão importante é o seu papel e como pode mudar a realidade da saúde no Brasil (ARAGÓN, 2018).

4.2 Consultórios de/na Rua e a PNH

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem servido como um importante parâmetro para avaliar as ações desenvolvidas nos Consultórios de/na Rua. Os estudos desta revisão de literatura apontam para questões como acolhimento, escuta qualificada e autonomia dos usuários como essenciais para garantir um bom atendimento à população de rua.

Neste sentido, o Quadro 10 apresenta as demandas evidenciadas pelas publicações quando abordaram esta questão.

Uma das diretrizes da PNH diz respeito à ambiência. Alguns aspectos são primordiais para tornar o ambiente acolhedor e favorável ao atendimento. Um em específico é essencial: a garantia da privacidade e individualidade nos atendimentos. Alguns elementos podem ser utilizados para tornar esse ambiente privado como, por exemplo, o uso de divisórias (BRASIL, 2010e). Desse modo, A6 e D3 afirmam que a

garantia da privacidade nos atendimentos é uma demanda, principalmente pelo CnaR oferecer seus serviços em espaços abertos.

Quadro 10 - Demandas de humanização nos atendimentos

Demandas
❖ Cuidados diferenciados e específicos para essa população que se encontra em vulnerabilidade social (D3).
❖ Construção de arranjos institucionais e ambientes de trabalho facilitadores de um cuidado menos medicalizante; Atender visualizando outras formas de intervir podendo ser distintas ou complementares (D1; T1).
❖ Garantir a privacidade nos atendimentos (A6; D3).
❖ Respeitar a autonomia do usuário (A10).
❖ Projeto singular de atendimento (A5; A6; A10; D2).
❖ Comunicação sutil porém objetiva para construir uma rede de solidariedade (T1).
❖ Escuta qualificada para a criação de vínculo; Necessidade de desenvolvimento da habilidade da escuta, livre de julgamento e preconceito (A10; D3; T1; D2).
❖ Ampliação de uma clínica baseada em tecnologias leves que valorizem a autonomia e o direito dos usuários (A1; A2; D1).
❖ Estabelecer diálogo com os usuários e estar atento às suas histórias de vida; Ampliação do olhar sobre as necessidades dos usuários; Escutar e respeitar quando o usuário não quer aproximação; Reconhecer a subjetividade e o papel ativo do usuário; Sensibilidade e acolhimento para criação de vínculo profissional x usuário; Sensibilidade do profissional para o trabalho possibilitando a construção de vínculo com os usuários; Aproximação para construção de vínculos (A3; A4; A5; A10; D1; D3; T1).
❖ Estabelecer um projeto político que qualifique o cuidado e a inclusão social (D1).

Fonte: as autoras (2022).

As publicações D1 e T1 retratam sobre a construção de novos arranjos institucionais, a partir de um ambiente de trabalho baseado nas relações estabelecidas através da comunicação entre a equipe como, também, entre os profissionais e os usuários, reforçando a relevância de um ambiente mais harmônico e, conseqüentemente, mais produtivo. Abordam a importância de um cuidado menos medicalizante, com práticas distintas e complementares, alicerçadas em um cuidado mais humanizado, sempre respeitando a singularidade dos indivíduos e fortalecendo a sua autonomia nos processos.

Nesse sentido, é importante destacar no contexto do SUS as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). As atividades, as técnicas e os métodos desenvolvidos a partir das PICS estão pautados no acolhimento dos

indivíduos, no vínculo estabelecido entre as partes e na reinserção dos sujeitos ao meio social. Entre as práticas, têm-se a Terapia Comunitária Integrativa, a Arteterapia, a Musicoterapia, dentre outras. Essas práticas buscam a integralidade e a resolutividade das ações, observando a subjetividade dos indivíduos e enfatizando a sua importância no processo de saúde-doença (BRASIL, 2006).

O respeito à autonomia do usuário no qual a publicação A10 menciona, é abordado como um dos princípios da PNH. Nela é enfatizado que a produção da saúde não pode ser de responsabilidade somente de quem presta o cuidado, mas também daquele que recebe o cuidado. A corresponsabilidade dos usuários é de fundamental importância para as mudanças nos processos e nas práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, podendo ser compreendidos na transversalidade das ações, permitindo o usuário ser visto na sua subjetividade e no estabelecimento do diálogo com o profissional (BRASIL, 2013b).

O projeto singular de atendimento refere-se às ações planejadas e desenvolvidas para o atendimento dos sujeitos, respeitando e compreendendo suas particularidades, podendo ser denominado de Projeto Terapêutico Singular (PTS), e está presente como demanda nas publicações A5, A6, A10 e D2. No PTS é realizado desde o diagnóstico até a reavaliação do paciente e nele destaca-se a importância de perceber o indivíduo nas suas especificidades, nos contextos sociais o qual estão inseridos, como também os decorrentes agravos psicológicos ocasionados pelos e nos meios em que vivem. É estabelecido metas para o processo de tratamento, sendo discutido pelo profissional e usuário os melhores planos a serem adotados, estabelecendo o vínculo entre as partes, como ainda a divisão de tarefas, inclusive enfatizando a corresponsabilidade dos sujeitos como fator essencial e determinante no processo de reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

A publicação T1 discorre sobre a comunicação entre os profissionais no cotidiano dos serviços, visando a construção de uma rede de solidariedade, contribuindo nas ações praticadas no dia a dia do serviço. Os aspectos que envolvem o trabalho diário do CnaR é muito singular, principalmente, se tratando dos espaços de atendimento e das particularidades do público-alvo. Dentro desse contexto, é essencial uma comunicação simples e objetiva de todos da equipe, para uma melhor resolutividade das ações, visto que por decorrentes vezes são postos em situações que necessitam de soluções rápidas e práticas, sem perder o foco na qualidade do serviço prestado. Para Teixeira (2004), a comunicação em saúde tem caráter

transversal, central e estratégico, ou seja, está diretamente relacionada à forma em que se promove a saúde, tanto individual como coletiva, na construção do vínculo com o usuário, na clareza de suas práticas e na inserção dos indivíduos no processo, podendo ser fatores determinantes no resultado final, inclusive a aderência aos tratamentos propostos.

As demandas abordadas pelas publicações A10, D3, T1 e D2 estão diretamente relacionadas à relação estabelecida entre o usuário x profissional, construídas a partir do acolhimento das equipes à PSR, possibilitando gerar um vínculo de confiança e respeito. Braz (2013) destaca o acolhimento como uma das principais diretrizes geradoras de processos qualificados nos atendimentos no contexto do SUS, e é reproduzido a partir de práticas que visam atender os indivíduos em sua subjetividade, no qual as suas particularidades precisam ser ouvidas e respeitadas, com uma escuta qualificada, livre do julgamento e preconceito. Olhar o sujeito com empatia e de forma singular, proporciona ao profissional identificar suas principais vulnerabilidades e, dessa forma, propiciar um tratamento de acordo com as suas demandas mais urgentes, sempre pautadas em valores éticos.

Uma significativa demanda no contexto da humanização, destacada pelas publicações A1, A2 e D1, é relativa à clínica ampliada. É abordado os modos de produção de saúde, enfatizando o uso de tecnologias leves, que valorizem a autonomia dos usuários e envolvendo os aspectos não somente organizacionais mas, também, relacionais. Ferri *et al.* (2007) atribuem tecnologias leves a atitudes dos profissionais envolvidos nos processos diários praticados, o que abrange a relação entre o usuário x profissional, estabelecido a partir do acolhimento e da escuta qualificada que, conseqüentemente, gera um vínculo entre as partes, enfatizando a autonomia e responsabilização das partes. Tudo isso em conjunto objetiva a mudança no modo de se fazer saúde.

Os textos A3, A4, A5, A10, D3 e T1, destacam aspectos referentes à prática diária dos profissionais, já estabelecidos nos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH. Atitudes éticas, empáticas e acolhedoras, no qual são fundamentais no atendimento dos serviços de saúde, fazem parte desse contexto. Inicialmente, todos os atendimentos devem estar baseados no acolhimento ao usuário, na sensibilidade do profissional para escutar as principais queixas e vulnerabilidades apontadas pelos indivíduos, ampliando o olhar às necessidades mais emergentes dos usuários (BRASIL, 2010c).

Outra atitude enfatizada pela PNH é o estabelecimento do diálogo como principal mecanismo de continuidade nos tratamentos, pois possibilita criar o vínculo entre o usuário e o profissional, mas sempre respeitando quando não querem aproximação. Ademais, é de suma importância respeitar a subjetividade dos indivíduos, pois cada um tem suas particularidades, fragilidades sociais e psicológicas. Assim sendo, inserir o usuário como um dos principais vetores de mudança no processo saúde-doença é essencial, pois é necessário a responsabilização e a clareza do indivíduo quanto ao seu quadro clínico (BRASIL, 2010b).

Estabelecer um projeto político que qualifique o cuidado e que possibilite a inclusão social dos usuários está descrito na publicação D1 como uma demanda. Está voltada a necessidade de mudança concernente a relação dos profissionais como equipe, como também a relação dos profissionais com o usuário. Enfatiza que a articulação e o diálogo são essenciais para modificar as ações nos serviços de saúde, focando-se nos aspectos que envolvem todo o processo, não só o resultado final. O estudo aborda a problemática existente com relação ao modo de se fazer saúde, de como se operacionaliza o cuidado.

Desse modo, Neves (2008) esclarece as diferenças nas formas de trabalho, denominados trabalho vivo e morto. O trabalho morto está diretamente relacionado aos recursos materiais que dão suporte para o trabalho ser de fato realizado, operacionalizado. Já o trabalho vivo está presente nas práticas de um cuidado qualificado, dispondo de atitudes humanizadas, que objetivem o acolhimento do usuário em sua singularidade, contemplando todas as suas necessidades. Possibilita construir planos de ações integrais e resolutivos sobre as questões postas no cotidiano. Assim sendo, enfatiza a importância da utilização das tecnologias relacionais na prática dos serviços, não se pautando somente nas práticas puramente científicas, organizacionais e estruturais.

O processo de humanização dos atendimentos do Consultório de/na Rua, para a maioria dos autores estudados, ainda apresenta desafios a serem superados, conforme Quadro 11.

Um dos desafios da atuação do CnaR está na luta diária contra o desrespeito aos direitos humanos sofridos por essa população, no enfrentamento do preconceito e na falta de acesso aos serviços de saúde que deveriam ser garantidos (D3). Segundo a cartilha de Direitos das Pessoas em Situação de Rua (Brasil, 2018), diariamente os direitos desses grupos são violados. A realidade vivida pela PSR vai

na contramão do que a CF assegura como direito inerente a todo indivíduo, essenciais à dignidade humana. O desrespeito vai desde a violência sofrida em seu cotidiano (física, verbal, psicológica, etc.) até ao acesso negado nas instituições de saúde por questões burocráticas como a falta de documentação. É necessário políticas públicas que visem à integralidade das ações em saúde, enfatizando a autonomia dos usuários, a responsabilização de tarefas e o entendimento como sujeito de direitos e deveres (BRASIL, 2018).

Quadro 11 - Desafios de humanização nos atendimentos

Desafios
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar voz a esta parcela populacional, permitindo que elas possam expressar seus desejos e dificuldades; Resgate da autoestima, cidadania e autonomia do usuário (A3; D3; T1). ❖ Romper com a prática paternalista (A9). ❖ Prover recursos socioafetivos de retaguarda ou de base (A7); Construção do vínculo entre usuário e profissionais (D2). ❖ Preconceito da sociedade com a população de rua interferindo no trabalho diário do CnaR (D3; T1). ❖ Preconceito dos profissionais nas redes de atendimento que prejudicam o acesso da população de rua (A1; A9; A13). ❖ Falta de acolhimento adequado (A5; A10; D3). ❖ Desrespeito aos direitos humanos desta população (D3). ❖ Oferecer condições adequadas e humanizadas de intervenção (A7).

Fonte: as autoras (2022).

Segundo A3, D3 e T1, as práticas de cuidado que o CnaR oferece vão muito além das práticas assistenciais tradicionais. Estão pautadas na ética como, também, nos processos humanizados. Carecem de uma escuta qualificada, estabelecendo o diálogo com o usuário e estando atento às suas principais queixas como, também, é importante a sua livre expressão, podendo demonstrar suas angústias, dores e desejos. É relevante o profissional observar o usuário de forma singular, reforçando sua autoestima e autonomia. O resgate à cidadania dessa população é de suma importância nos processos de reinserção ao meio social.

Em um estudo de caso desenvolvido por Queiroz, Pena e Ferreira (2019) sobre o Instituto de Apoio e Orientação a Pessoas em Situação de Rua - INAPER, foi relatado algumas atividades e práticas que o projeto desenvolve buscando fortalecer a autonomia dos sujeitos, o resgate a sua autoestima e a reinserção desses sujeitos

ao mercado de trabalho como fator determinante nesses processos. Rodas de conversa, oficinas e cursos profissionalizantes fazem parte dessas ações que são oferecidas por redes tanto privadas como públicas. Tudo isso proporciona ao sujeito a sua reintegração ao meio social e a sua independência e o sentimento de pertencimento e valorização do trabalho.

O paternalismo médico clássico é caracterizado nas ações em que o indivíduo não possui autonomia nas decisões do que é melhor para si, em virtude do que o outro acha mais viável ao seu tratamento, ou seja, a vontade do médico é soberana (LIMA; MACHADO, 2021). Nesse sentido, o autor A9 relata a dificuldade que os profissionais têm em equilibrar a relação entre a autonomia do usuário e a dependência/autoritarismo nos processos de cuidado à saúde dessa população, principalmente nos casos mais complexos, que demandam uma atenção maior e mais cuidadosa e que oferecem risco iminente à vida. No texto é enfatizado a importância da responsabilização dos indivíduos nos processos de decisões quanto aos planos terapêuticos desenvolvidos pelos profissionais para atender suas necessidades, sendo necessário romper essa prática paternalista de total autoridade.

É importante fornecer recursos socioafetivos de retaguarda ou de base a PSR, priorizando a construção do vínculo entre as partes, com respeito, confiança, empatia e olhar atento. É abordado pelos autores que é importante respeitar o espaço desses sujeitos, e que o primeiro contato estabelecido é primordial para criar um elo, a partir da escuta qualificada, o que vai refletir na continuidade dos tratamentos e nas ações que visam o bem-estar desses indivíduos, a partir de planos terapêuticos que o usuário seja presença ativa, gerando resultados mais positivos (A7; D2).

Os estudos D3 e T1 abordam o preconceito que a PSR sofre no seu cotidiano pela sociedade que os cercam, o que acaba interferindo no trabalho diário do CnaR. Por vezes, os usuários são mal vistos pelo fato de morarem em espaços públicos, pelo uso de drogas ou as duas coisas em conjunto. O autor enfatiza que as pessoas precisam parar de julgar essas pessoas, tratá-las com respeito e olhar de forma empática as suas necessidades. Brito e Silva (2022) são enfáticos ao afirmar que os preconceitos e estigmas sociais sofridos pela PSR acarretam no sentimento de auto exclusão do indivíduo, o que acaba reforçando todo o processo já sofrido no seu cotidiano como a consequente sensação de perda de identidade.

Os autores A1, A9 e A13 explicitam o grande desafio que é lidar com o preconceito que os profissionais de outros componentes da rede de saúde têm com a

PSR. Alguns profissionais que efetuam os atendimentos chegam a se recusar a realizar o devido tratamento, inclusive reforçando os estigmas com os usuários. Os profissionais não estão preparados para o acolhimento adequado, em perceber o indivíduo de forma singular, o que acaba reiterando na sua exclusão e na rotulação desses usuários de forma pejorativa, o que acarreta na descontinuidade dos tratamentos.

Brito e Silva (2022) relatam a discriminação sentida pelos usuários (principalmente aqueles usuários de drogas) em algumas instituições de saúde, desde a porta de entrada. Nas falas desses sujeitos o medo está impregnado, como também a sensação de abandono e a falta de olhar atento às suas necessidades, sensação contrária quando relatam o atendimento do CnaR. A negligência dos profissionais também é destacada no texto, principalmente quando desconhecem os cuidados específicos que essa população demanda como, ainda a autonomia de suas vontades. Alguns dos sujeitos ainda tentam usar algumas estratégias para sensibilizar o atendimento, como a comunicação, a interação com o profissional.

Diferentemente do que se vê em outras instituições de saúde, no qual os usuários buscam pelos serviços e são acolhidos, com a PSR acontece o contrário. As eCR vão em busca desses usuários oferecer o devido acolhimento, escuta e garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde. Os autores A5, A10 e D3 abordam a complexidade que é prover o acolhimento nos espaços da rua. A escassez de recursos, a falta de articulação com outras redes, um local adequado para o atendimento, todos esses fatores são desafios a serem enfrentados no cotidiano dos serviços para que a promoção à saúde do usuário seja garantida de forma humanizada.

Hino, Santos e Rosa (2018) enfatizam o papel importante do CnaR como dispositivo que viabilize esse cuidado e acolhimento necessário que essa população demanda e como “ponte” que encaminhe e direciona essas pessoas aos serviços, garantindo assim a integralidade das ações. Levanta, ainda, que a questão é que todos os profissionais, independente da instituição, devem estar preparados para um atendimento qualificado, com uma escuta atenta às necessidades dos usuários e na consequente criação de vínculo.

Compreender o sentimento do outro é complexo, e depende da inteligência emocional de cada indivíduo para saber enfrentar e perceber, além do que está a sua frente. A7 aponta acerca dos impasses que o CnaR vive, no qual há uma ênfase

voltado a este tema destacando que muitos profissionais não conseguem ultrapassar a barreira entre atender, mas também sentir, entender, acolher os moradores já que em muitos casos existe um julgamento por se tratarem de pessoas usuárias de drogas, marginalizadas e entregues as circunstâncias das ruas. Todavia, antes de qualquer problema social que esses seres humanos vivem, há por trás de cada um deles histórias, dores, amores e é essa percepção que deve estar entre os profissionais em seu cotidiano sem perder a moralidade e a ética, assim como, respeitando o limite de cada um que está no processo.

Para Silva *et al.* (2021), é muito relevante criar vínculos entre profissional e paciente, para que haja um processo mais humanizado, reduzindo as indiferenças e devolvendo uma perspectiva de vida e mudança, pois o ato de ouvir e tentar fazer algo além do atender mostra que a vida tem seu preço e contribui para que essas pessoas continuem se permitindo a ser cuidado. Os benefícios de proporcionar experiências como estas interferem em várias esferas que perpassam o elo emocional e atuam efetivamente na metodologia organizacional.

4.3 Recursos Humanos e Consultórios de/na Rua

Uma das maiores preocupações levantadas pelas publicações selecionadas para este estudo refere-se aos recursos humanos, tanto no que diz respeito à formação das equipes de saúde, quanto na qualidade das ações a serem desenvolvidas. Neste sentido, o Quadro 12 aponta as principais demandas que surgiram com relação a esta temática.

Quadro 12 - Demandas dos recursos humanos

Demandas
❖ Qualificação dos profissionais para a sustentabilidade dos serviços (A2; A8; A10; A11; A12; A13; D1; D3; T1).
❖ Estabelecer diretrizes para organização do trabalho das equipes profissionais ou para formação de profissionais voltados para essa população (A12).
❖ Adequação da quantidade de profissionais na equipe (T1); Ampliação da equipe para uma maior abrangência de atendimento nos territórios (D3).

Fonte: as autoras (2022).

A adequação da quantidade de profissionais, segundo T1, se mostra crucial no que tange o CnaR, pois para cada território a realidade encontrada poderá apresentar-

se de diferentes formas, sendo assim, essa percepção denota que o gerenciamento correto é muito mais eficaz nas práticas do dia a dia. Entretanto, o D3 reforça através do seu entendimento de que a ampliação das equipes favorece uma abrangência de atendimentos nos territórios, já que não basta somente montar uma equipe para um determinado perfil geográfico, podendo observar nos aspectos que surgem a necessidade de aumentar os grupos de trabalho para que o número de pessoas alcançadas se elevem.

Abreu e Oliveira (2021), relatam como a ampliação das equipes na rua favoreceu a continuidade dos serviços e o quanto esse trabalho foi efetivo, gerando um discurso fortalecido para os gestores para que eles pudessem compreender que o crescimento e a atuação dessas equipes favorecia a outros setores de saúde, já que a motivação é o cuidado focado nas principais necessidades.

A qualificação dos profissionais surge como uma discussão retratada por A13 e D1 na qual essa prática leva a sustentabilidade dos serviços. É primordial para o profissional que ele constantemente busque novas capacitações dentro e fora do seu nível de formação, uma vez que o mercado está sempre evoluindo e as pessoas constantemente apresentando demandas diferentes, principalmente quando está relacionado a saúde. O conhecimento atualizado leva o profissional a agir de maneira mais assertiva, além de estimular sua capacidade técnica, entre outros fatores que se desenvolvem.

O CnaR faz parte da Política de Atenção Primária formada por uma equipe multiprofissional focada para a PSR. A2, A8, A10, A11, A12, A13, D3 e T1 vão retratar em suas obras a necessidade da ampliação dessas equipes como também o despreparo de alguns profissionais por falta de treinamentos, habilidades, proatividade, entre outras questões que acabam se tornando comuns. Os grupos geralmente trabalham em quantidade reduzida nos territórios, impactando na qualidade e agilidade dos atendimentos ou até mesmo sendo improvável alcançar outras pessoas. Em contrapartida existe uma política de redução de danos feita para ajudar na inclusão social dos cidadãos usuários de drogas lícitas e ilícitas a qual diante de tantos percalços torna-se inviável de aplicar devido aos fatos relatados anteriormente.

A Portaria nº 122 (Brasil, 2011) enfatiza a importância dos investimentos públicos voltados para a qualificação destas equipes de trabalho, observando que

essas ações contribuem com a qualidade dos serviços ofertados por eles à PSR (BRASIL, 2011c).

Estabelecer diretrizes para uma melhor organização do trabalho visando a sistematização e a continuidade da formação dos profissionais designados a esta população, como A12 propõe, incentiva a outras pessoas a se qualificarem e se juntarem a classe, somando novos conhecimentos e cada vez mais aumentando a capacidade dos membros das equipes. Sendo que, a maior demanda é ter profissionais dispostos a trabalhar com esse público alvo. A Portaria nº 122, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, em seu art. 2º, determina a formação de equipes com diversos profissionais de áreas distintas, que atuam nas diversas dificuldades e carências de saúde da PSR. Sendo assim, qualquer profissional da saúde listados no escopo do quadro de funcionários poderá atuar como um agente a favor da população de rua (BRASIL, 2011c).

Além das demandas apresentadas no Quadro 12, os autores estudados também evidenciaram alguns desafios relevantes para que os recursos humanos tenham condições de exercerem suas atividades e, ainda, se consiga maior efetividade para os Consultórios de/na Rua, como pode ser observado no Quadro 13.

Quadro 13: Desafios dos recursos humanos

Desafios
❖ Garantir o suporte psicológico e emocional para os profissionais (A2; A7).
❖ Rotatividade de pessoal (A6; D3).
❖ Descompasso entre as ofertas de qualificação acadêmica e as reais demandas das ruas (A12).
❖ Falta de orientação do Ministério da Saúde sobre os processos de trabalho das equipes (A12).
❖ Sensação de abandono dos profissionais com relação a APS e à RAS, gerando a desarticulação e desmotivação da equipe (D2).

Fonte: as autoras (2022).

A garantia de suporte psicológico e emocional para os profissionais é um fator imprescindível nas atividades do seu cotidiano, como cita A2 e A7. Por vezes, o trabalhador fica exposto à condições de riscos, situações emocionais e o próprio desgaste em lidar com pessoas que não aceitam muito bem a intenção dos cuidados oferecidos a eles. Vale ressaltar que o seu psicológico não se prende somente às demandas dos atendimentos como, também, às suas crises pessoais. O acolhimento

do profissional garante que ele consiga pôr em prática suas habilidades e consiga suportar as dificuldades e estresses que vão aparecendo ao longo da jornada. Moretto *et al.* (2013) salientam a relevância de tratar de quem também se dispõe a cuidar do outro, ou seja, o profissional da saúde está sempre se doando em prol do bem estar das pessoas, e ter esse olhar sensível de que eles também estão sujeitos às fragilidades que o psicológico apresenta é essencial, até porque a sua exposição a condições de riscos são gigantescos. O hospital, entre outros ambientes como o CnaR, enfrentam questões delicadas e que muitas vezes atingem o psicológico do ser humano ali envolvido.

O enfoque de A6 e D3 referem-se à rotatividade do pessoal, onde os autores dissertam sobre o desafio de manter o profissional desempenhando suas funções por muito tempo, já que trabalhar com o CnaR exige muito deles, principalmente do psicológico. Portanto, é comum que alguns trabalhadores sejam afastados por questões de saúde, outros por não se identificarem com a atividade exercida ou até mesmo por não sentirem o incentivo das entidades, apoiando e abraçando a causa, sendo assim, os levando a recuar. Sancho *et al.* (2011), apontam quais os motivos que levam a rede de saúde pública no Brasil a ter uma grande troca de profissionais atuantes dentro e fora dos hospitais, e um dos motivos é a insatisfação dos cargos exercidos, a remuneração não condizente com a função, a pouca valorização da mão de obra entre outros aspectos citados. Observando o que é afirmado pelos autores, nota-se que o problema não se resume somente a um setor, ou classe trabalhista, mas é uma conduta muito frequente entre os servidores da saúde.

Nem sempre a qualificação de uma pessoa está necessariamente atribuída a sua vivência, isto é, há um descompasso entre estar qualificado, conhecer e praticar. Todavia, A12 nos induz a pensar sobre estes aspectos no que diz respeito as demandas que as ruas oferecem e a imparcialidade da qualificação acadêmica, uma vez que muitos profissionais nem sequer obteve um direcionamento voltado a estes quesitos, evidenciando que o fato de haver o conhecimento qualificado não garantem o domínio das práticas a serem executadas, porém necessitando ser conduzido e informado de como proceder aos reflexos das ruas que muitas vezes estão à frente da capacidade técnica dependendo da sensibilidade, experiência de outros membros e a articulação focada no pensamento do bem estar do morador.

Para Batista e Gonçalves (2011), permeia entre os profissionais o desafio de mostrar que o ensino é contínuo e precisa ser ressignificado. É preciso uma dinâmica

cooperativa para diminuir o ego de que só o conhecimento sustenta uma relação de troca positiva como, por exemplo, o profissional pode ter a técnica para a execução de um procedimento, mas não saber lidar com o paciente que precisa do atendimento e se recusa em um primeiro instante. Compreender o porquê da rejeição dele e trazer a ele um entendimento claro e acolhedor é a virada de chave entre a habilidade técnica e a sensibilidade pelo outro.

As eCR são formadas a partir de profissionais mínimos exigidos pelo MS. Apesar desses agentes saberem desempenhar seu papel a partir da sua formação acadêmica, se faz necessário um escopo voltado para a realização das atividades exercidas com a PSR. No entanto, A12 esclarece que há uma falta de orientação predominante do MS quanto aos processos de trabalho a serem realizados, causando um desequilíbrio e propiciando a cada grupo trabalhar do seu jeito ao invés de haver um protocolo a ser seguido.

Coriolano-Marinus *et al.* (2014), explicam que a comunicação surge como vínculo social para facilitar o convívio entre os seres humanos. Isto ocorre no cotidiano dos serviços de saúde, a constante troca de informações, sendo o diálogo o principal ponto de partida. Entretanto, existem obstáculos que interferem nesse mecanismo causando déficit entre a comunicação dos indivíduos, ou seja, limitando os processos que fluem a partir desta dinâmica.

O sentimento que se desperta entre os profissionais é o de abandono, pois a APS e a RAS como órgão de alta relevância não mantém seu foco voltado para as equipes, de modo que possam contribuir ativamente e pontualmente nas dificuldades que eles enfrentam, trazendo a tona entre os grupos a desarticulação e a desmotivação como destaca D2. Essa falta de amparo gera a sensação de incapacidade por parte dos CnaR que ficam de mãos atadas diante dos problemas que fogem do seu controle, por necessitar do acolhimento que só a APS e a RAS têm o poder.

Na Cartilha do Ministério da Saúde traz como abordagem o Trabalho e Redes de Saúde e a Valorização dos Trabalhadores da Saúde focando no bem estar do profissional, o qual não pode ser visto apenas como um indivíduo ou um grupo que presta serviço. É importante valorizar as suas queixas e serem acolhidos diante dos obstáculos, principalmente quando o seu ofício depende do apoio de terceiros para que ele aconteça, demonstrando sensibilidade e a cordialidade entre os setores (BRASIL, 2008b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo descrever as demandas e os desafios encontrados na implementação dos Consultórios de/na Rua no SUS e que foram descritos na literatura brasileira no período de 2011-2021.

Desse modo, a pesquisa alcançou 18 estudos, os quais ofereceram dados suficientes para a fase de coleta, e posteriormente, a análise de dados. A partir das análises feitas foi possível encontrar diversos resultados que apontam as necessidades e dificuldades de atuar nas ruas diante da heterogeneidade das pessoas que vivem nestas condições e a relevância nas práticas da gestão em serviços de saúde pública por meio de ações planejadas.

Ademais, a temática possibilitou as estudantes de Gestão Hospitalar analisar e compreender, através deste documento, a importância dos programas da atenção primária e os gargalos que afetam no gerenciamento de uma instituição, visando assim, a ampliação do seu campo de conhecimento e atuação.

A metodologia escolhida para a execução deste estudo, ou seja, a revisão da literatura, oportunizou uma aproximação inicial com as demandas e desafios que permeiam as ações desenvolvidas pelos Consultórios de/na Rua, tanto pela quantidade de publicações quanto pela qualidade das mesmas. A bibliografia selecionada para o desenvolvimento da pesquisa atendeu as expectativas, tendo em vista que trouxe dados relevantes sobre o funcionamento dos consultórios e as principais demandas e desafios encontrados na implementação do serviço visando garantir a inclusão do público alvo no SUS.

Alguns dados como a orientação do Ministério da Saúde para o processo de trabalho dos profissionais nos consultórios e o uso de indicadores como ferramenta essencial de planejamento apresentaram uma discussão breve, ressaltando a importância de retomar o assunto com mais ênfase.

No entanto, com a presente pesquisa foi possível obter resultados relevantes para a compreensão do contexto que envolve a implementação dos Consultórios de/na Rua. Averiguou-se que os resultados mais recorrentes trata-se do acolhimento e a escuta qualificada da pessoa em situação de rua, o preconceito vivido por eles por parte da sociedade e dos profissionais, a falta ou pouca infraestrutura para o atendimento dessa população (tanto pelos espaços físicos inadequados para o atendimento e para abordagens coletivas), a falta de transporte que viabilize a

locomoção da equipe de saúde e o encaminhamento dos usuários para a rede de saúde. A desmotivação dos profissionais e a falta de articulação entre os setores da APS e os atores sociais envolvidos no processo também são muito destacados pelos autores. Outro dado relevante refere-se à informatização dos dados, tanto pela falta de equipamentos como, também, pela falta de capacitação dos profissionais, o que acarreta no registro descontinuado dos atendimentos e na conseqüente fragilidade na integralidade das ações e planos terapêuticos propostos. Por fim, é enfatizado que a educação permanente dos indivíduos é um fator essencial nesse processo de mudança, para o conhecimento acerca dos fatores que os expõe a riscos e para o desenvolvimento da sua autonomia.

Quanto ao escopo da humanização, a qual preza pela valorização do direito e acolhimento do outro é de suma importância que haja entre os usuários e os profissionais o respeito mútuo, em especial no que diz respeito às limitações da PSR por ser um grupo onde suas fragilidades são mais evidentes. Um fator relevante é permitir a interação através do diálogo com o intuito de promover o fortalecimento dos vínculos. Sendo assim, devolvendo a independência dessas pessoas. Alguns exemplos de ações adotadas pela PNH estão direcionadas para garantir a privacidade nos atendimentos, políticas públicas para o amparo dessa população, suporte emocional, entrega dos kits higiene para o cuidado do corpo.

É importante desenvolver novos estudos a partir desta revisão da literatura, que pesquisem as principais estratégias utilizadas pelos profissionais e gestores para enfrentar os desafios no cotidiano dos serviços, de modo que contribua com o planejamento de ações e a implementação de políticas públicas que visem à integralidade do cuidado à saúde dessa população. É essencial, ainda, investigar a influência do gestor nos processos de intersetorialidade, na comunicação entre os profissionais que por vezes é fragilizada. Outro tema considerável é a importância das práticas humanizadas no dia a dia dos serviços, com o intuito de qualificar o cuidado como a importância do SUS na consecução de medidas que ampliem o acesso dos grupos mais vulneráveis e qualifiquem os profissionais para atuarem nos consultórios.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Deidvid de. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-2, mar. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/848267/1435-8574-1-pb.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2022.
- ABREU, Deidvid de; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Consultório de rua para consultório na rua: a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 13, n. 37, p. 182-203, out. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80482>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- ABREU, Deidvid de; SALVADORI, Lizandra Vaz. Pessoas em situação de rua, exclusão social e rualização: reflexões para o Serviço Social. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL. 2015. **Anais** [...]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_188.pdf. Acesso em: 17 Out 2021.
- ARAGÓN, Mayra Gonçalves. **Desafios à ampliação do acesso na atenção primária à saúde**. 2018. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/205140/PGSC0231-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 jul. 2022.
- AULETE DIGITAL. **Desafio**. Lexikon Editora Digital, 2022. Disponível em: <https://www.aulete.com.br/desafio>. Acesso em: 02 ago. 2022.
- BAGGIO, Marileda; QUADROS, Matheus. Quando ética e humanização se encontram! *In*: CORDERO, Elvira Alicia Aparicio; DUARTE, Erica Rosalba Mallmann; LAZZARIN, Helena (Org.). **Pesquisa: quando ética e humanização se encontram**. Porto Alegre: Associação Brasileira da Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Livro-Pesquisa-quando-etica-e-a-humanizacao-se-encontram.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022.
- BARBOSA, Larissa Oliveira; NASCIMENTO, Tayná Coelho; FORTUNATO, Maria Alice Barbosa; CORGOZINHO, Marcelo Moreira. Abordagem interprofissional à população em situação de rua: relato de experiência. **Ciência & Saúde**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 198-202, jul./set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2018.3.30839>. Acesso em: 28 set. 2021.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otilia Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BATISTA, Kátia Gerlânia Soares. **A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB.** 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7792/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BLEICHER, Lana; BLEICHER, Tais. **Saúde para todos, já!** 3. ed. Salvador: Edufba, 2016. 137 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220051>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Presidência de República. **Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Brasília, DF: Presidência de República, 1990. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Presidência de República. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência de República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso: 22 out. 2021.

BRASIL. Presidência de República. **Emenda Constitucional nº 29, 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência de República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 06 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Documento para Discussão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics>. Acesso em: 23 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 09 jun. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e Redes de Saúde Valorização dos Trabalhadores da Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude_2ed_2008.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. O que é e como implementar: uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh_1.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. **Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 09 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 09 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório de Rua do Sus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_ua.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011**. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 06 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Consultório na Rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 122, 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e Respostas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/073.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 Set 2021.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **O Desafio da Implementação das Políticas Transversais**. Coordenação-Geral dos Direitos da População em Situação de Rua. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/763/9/8-%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua-Carlos%20Ricardo%20-%20202.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 38 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **Direitos das pessoas em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2018. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/NACC/Cartilhas/cartilha_direitos_das_pessoas_situacao_de_rua.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais horas para atendimento na Atenção Primária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5399>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Consultório na Rua credencia 20 novas equipes em nove municípios brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10660>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRAZ, Flávia de Ávila Fonseca. **A importância do acolhimento aos usuários na Atenção Básica: uma assistência humanizada**. 2013. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4179.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2022.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPx8HJbqjMx9JgCtVFvMcC/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRITO, Cláudia; SILVA, Lenir Nascimento da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 27, n. 01, pp. 151-160, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>. Acesso em: 10 jul. 2022.

CAMPOS, Ariane. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 997-1003, out. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2018.v27n4/997-1003/pt/>. Acesso em: 08 jul. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 9, n. 17, p. 398-400, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4XmzCwQ8HQfFRNXpGrPz8Sj/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2022.

CAMPOS, Oswaldo. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 79-81, jun. 1969. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VrMyT8fB37kW8Xw5LxF4y7N/?lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2022.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NOGUEIRA, Edna Aparecida; LANFERINI, Gisele Magalhães; ALI, Débora Amed; MARTINELLI, Marilda. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 47-62, dez. 1998. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/59Hh9xG85TcnwnrmL9Hgchw/?lang=pt#>. Acesso em: 22 Out 2021

CARVALHEIRO, José. Os desafios para a saúde. Instituto de Estudos Avançados, **São Paulo**, v. 13, n. 35, jan. 1999. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9453>. Acesso em: 09 jun. 2022.

CARVALHO, Munique Luz; SANTIAGO, Roberta Fortes. **A importância do planejamento no processo de trabalho da equipe de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14820>. Acesso em: 26 jun. 2022.

CASSI, Guilherme Helfenberger Galino; GONÇALVES, Oksandro Osdival. Emenda Constitucional 95/2016: Propósito e consequências do novo regime fiscal. **Nomos: Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito - UFC**, Fortaleza, v. 40, n. 1, p. 1-23, jan./jun., 2020. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/nomos/article/view/41434/162317>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CHÁVEZ, Giannina Marcela; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 30, n. 3, p. 1-1, 14 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n3/e300320/pt/>.

Acesso em: 08 jun. 2022.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 457 p. Disponível em:

<https://pt.calameo.com/read/00511751730b4539c4004>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; RUIZ-MORENO, Lidia; LIMA, Luciane Soares de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, [S.I.], v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CRUZARA, Andréia Cristina; CHAVES, Maria Marta Nolasco. Reflexão sobre a demanda “contínua” em uma unidade de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba-PR. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, [S.I.], v. 8, n. 2, p. 128-137, 31 ago. 2006. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/7987>. Acesso em: 08 jun. 2022.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/sq6d8/pdf/deslandes-9788575413296.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2022.

DUARTE, Afrânnia Hemanuely Castanho. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. e34306, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087854>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; LACERDA, Alda; BELMONTE, Pilar; TEIXEIRA, Mirna Barros. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 43, n. 7, p. 50-61, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>. Acesso em: 12 mar. 2022.

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**, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2022.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. 2007. (On-line). Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/243790/mod_resource/content/0/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânia Bezerra de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-789553>. Acesso em: 19 mar. 2022

FERREIRA, Simone Cristina da Costa; SILVA, Letícia Batista da; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro. Planejamento em Saúde. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). **Técnico de Vigilância em Saúde: Fundamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 137-162. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/tecnico-de-vigilancia-em-saude-fundamentos>. Acesso em: 12 jul. 2022.

FERRI, Sonia Mara Neves; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Guimarães; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 11, n.23, pp. 515-529, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/J4NtsS774kLwwFKYV7JJs7g/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

FLEURY, Maria Tereza Leme; WERLANG, Sergio Ribeiro da Costa. **Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens**. Rio de Janeiro: FGV, 2017. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796>. Acesso em: 07 dez. 2021.

FREITAS, Rosane Souza. **A política de saúde para população em situação de rua: o consultório na rua de Curitiba-PR**. 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPR_3eea77f8d03e3dc11a3375a672e2d643. Acesso em: 17 mar. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Recomendações para os Consultórios na Rua e rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44269>. Acesso em: 20 jun. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 09 Dez. 2021.

GOMES, Dalila Fernandes; ELIAS, Flávia Tavares Silva. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. **Com.Ciências Saúde**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 151-158, 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/politicas_publicas_%20assistencia_%20social.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497- 1504, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

HINO, Paula; SANTOS, Jaqueline de Oliveira; ROSA, Anderson da Silva. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 71, n. 1, p. 684-692, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **População em situação de rua cresce e fica mais exposta à Covid-19**. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35811. Acesso em: 22 set. 2021.

IVANCEVICH, Jonh. **Gestão de Recursos Humanos**. 10. ed. São Paulo: Amgh, 2008. 573 f. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ZfrYuGhhLmsC&oi=fnd&pg=PR4&dq=recurso+humanos+&ots=VhOY4csPs5&sig=DFwP02FVqvAGPws2ZBX6IElyao0#v=onepage&q=recurso%20humano&f=false>. Acesso em: 15 jun. 2022.

JUNDIAÍ. Vigilância sanitária municipal de Jundiaí. **Orientações para preenchimento da ficha do cadastro de estabelecimento de saúde – FCES.**

Jundiaí: Secretaria de Saúde, 2022. Disponível em:

<https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2014/09/Manual-CNES-Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-Preenchimento-da-FCES-e-da-ficha-do-Cadastro-de-Profissional-atualizado-em-27.08.2012.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2022.

KRÜGER, Willian Maciel; ANTONI, Clarissa de; BALDISSERA, Mateus Augusto Pellens. Situação de Rua e Abordagem Social: desafios operacionais ao suas.

Revista Polis e Psique, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 27-44, 19 jan. 2021. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2021000100003. Acesso em: 06 jul. 2022.

LARA, Ângela Mara de Barros; MOLINA, Adão Aparecido. Pesquisa Qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias. *In*: TOLEDO, Cèzar de Alencar Arnaut de;

GONZAGA, Maria Teresa Claro. (Org.). **Metodologia e Técnicas de Pesquisa nas Áreas de Ciências Humanas**. Maringá: Eduem, 2011. Disponível em:

<https://gepeto.ced.ufsc.br/pesquisa-qualitativa-apontamentos-conceitos-e-tipologias/>. Acesso em: 19 dez 2021.

LAROCCA, Liliana Muller; CHAVES, Maria Marta Nolasco; KAMI, Maria Terumi M.; LOWEN, Ingrid M. Voth. Trabalhar no Consultório na Rua: Uma análise por meio do

uso do software Iramuteq. **Atas Ciaiq**, Investigação Qualitativa em Saúde, p. 349-351, 2015. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/81/78>. Acesso em: 08 jun. 2022.

LIMA, Ana Flávia Silva; ALMEIDA, Lenira Wanderley de Santos; COSTA, Laís de Miranda Crispim; MARQUES, Emilly Souza; LIMA JÚNIOR, Mário César Ferreira;

ROCHA, Kely Regina da Silva Lima. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 53, 2019. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1020381>. Acesso em: 29 mar. 2022.

LIMA, Andrei Ferreira de Araújo; MACHADO, Fernando Inglez de Souza. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética**,

[S.l.], v. 29, n. 1, p. 44-54, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291445>. Acesso em: 25 jun. 2022.

LIMA, Helizett Santos de. **Consultório na rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas**. 2013. 96 f. Dissertação

(Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em:

http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_efc21e30e184b2eea8401836c17ca987.

Acesso em: 20 mar. 2022.

LIRA, Cindy Damaris Gomes; JUSTINO, Jéssica Micaele Rebouças; PAIVA, Irismar

Karla Sarmento; MIRANDA, Moêmia Gomes de Oliveira; SARAIVA, Ana Karine de Moura. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **Rev Min**

Enferm., [S. l.], v. 23, e-1157. p. 1-8. 2019. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1298>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MACEDO, João Paulo; SOUSA, Adrielly Pereira de; CARVALHO, Andressa Veras de. População em situação de rua: trabalho em equipe e intersetorial. **Rev. Psicol. Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 159-174, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.943>. Acesso em: 06 jul. 2022.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins; RABELLO, Elaine Teixeira. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>. Acesso em: 18 mar. 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view. Acesso em: 11 dez. 2021.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. 352 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=mEBnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=recursos+humanos+&ots=sWRlRyEgW&sig=JBrQ9JAil1ljdX4LgN6WvgjAYYI#v=onepage&q=recursos%20humanos&f=false>. Acesso em: 09 jun. 2022.

MARTINS, Maria de Fátima. **Estudos de Revisão de Literatura**. Rio de Janeiro: Arca, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29213/2/Estudos_revisao.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

MEDEIROS, Cristiane Reis Soares; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 754-768, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNJjBC5ypbdWxZHzK64dqQh/?lang=pt#>. Acesso em: 28 out. 2021.

MELO, Tomás Henrique de Azevedo Gomes. **A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. 2011. 194 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <https://craspsicologia.files.wordpress.com/2014/06/a-rua-e-a-sociedade-articulac3a7c3b5es-polc3adticas-socialidade-e-a-luta-por.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

MENDES, Rosilda; AKERMAN, Marco. **Intersetorialidade: Reflexões e Práticas**. Cap. 4. 2007. (On-line). Disponível em: <https://cursosextensao.usp.br/mod/folder/view.php?id=149605>. Acesso em: 07 jul. 2020.

MERELES, Carla. Pessoas em Situação de Rua: a complexidade da vida nas ruas. **Politize**, 2017. Disponível em: <https://www.politize.com.br/pessoas-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 26 set. 2021.

MICHAELIS. **Acolhimento**. São Paulo: Melhoramentos, 2022. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=xR2v>. Acesso em: 09 jun. 2022.

MICHAELIS. **Desafio**. São Paulo: Melhoramentos, 2022. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/desafio/>. Acesso em: 09 jun. 2022.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho; JAEN, Ana Carolina; BENUTE, Gláucia Rosana Guerra; FERRARI; Solimar; LUCIA, Mara Cristina Souza de; POLLARA, Wilson. "Cuidando de quem cuida": assistência psicológica ao trabalhador da saúde. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 52-65, jan. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100004. Acesso em: 29 jun. 2022.

NARDES, Scarleth; GIONGO, Carmem Regina. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/ZR3svtmGxS4MzrRfMQw6TNt/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2022.

NASCIMENTO, Francisco Paulo do; SOUSA, Flávio Luís Leite. **Metodologia da Pesquisa Científica: teoria e prática**. Brasília, DF: Thesaurus, 2016.

NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Ribeiro Leite; MONTEIRO, Luiz Felipe (Org.). **Guia do Projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/crianca-e-adolescente/drogacao-enfrentamento/manuais/consultorio_de_rua.pdf. Acesso em: 06 jul. 2022.

NATALINO, Marco. **Nota técnica nº 73: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_d_isoc_n_73.pdf. Acesso em: 09 set. 2022.

NEVES, Claudia Abbês Baêta. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 24, n. 8, pp. 1953-1955, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wvPxxpsmvrz7wrXPDQKW7Kb/?lang=pt>. Acesso em: 08 jul. 2022.

OLIVEIRA, Flávia Silva de. Controle social no sistema único de saúde - SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. **Prima Facie**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 76–90, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/article/view/4402>. Acesso em: 29 out. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.

PAIVA, Rosilene Aparecida; RANDOW, Raquel; DINIZ, Luciene Patrícia; GUERRA, Vanessa de Almeida. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, p. 1-4, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2455#>. Acesso em: 13 jul. 2022.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcgHbs6rBMNdsSww7PFbfhz/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2022.

PATRÍCIO, Anna Cláudia Freire de Araújo; FIGUEIREDO, Marina Sarmiento Braga Ramalho de; SILVA, Deysianne Ferreira da; RODRIGUES, Brenda Feitosa Lopes; SILVA, Roseane Ferreira da; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28:44520, p. 1-8, set. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/44520>. Acesso em: 09 set. 2020.

PAULA, Hermes Candido de; VAGO, Donizete Vago; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; FARIA, Magda Guimarães de Araújo; BRANDÃO, Magda Guimarães de Araújo; SCORALICK, Graziela Barbosa Freitas. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 71, n. 6, p. 2843-2847, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gBxHsJXPJJsXRrKQ9cQNTFg/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2022.

PAULINO, Janaina Aparecida. **Demanda espontânea x demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta.** 2014. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4674.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022.

PEREIRA, Maria Odete; AMORIM, Aluana; VIDAL, Vanessa; FALAVIGNA, Mara Filomena; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 5, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500002>. Acesso em: 15 jun. 2022.

PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Coc; Fiocruz/Epsjv, 2010. 340 p. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

PRADO, Michely Aline Rodrigues do; GONÇALVES, Marcela; SILVA, Simone Santana da; OLIVEIRA, Poliana Silva de; SANTOS, Karen da Silva; FORTUNA, Cinira Magali. Pessoas em situação de rua: aspectos sobre a saúde e experiências com serviços sanitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, n. 1, p. 1-9, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/F6vCNPSK7LTf53sPHhNVyvc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flávio CRUZ; MACHADO, Simone. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precárias vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, Brasília, DF, v. 11, n. 22, p. 191-215, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/1387>. Acesso em: 18 out. 2021.

QUEIROZ, Natália Soares; PENA, Luciana Calado; FERREIRA, Daniela Assis Alves. Resgate da autonomia das pessoas em trajetória de rua pela ressignificação do trabalho: um estudo de caso no INAPER. *In: 4º CONGRESSO DE PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. 4., 2019. Anais [...]. Inaper, 2019. Disponível em: <http://izabelahendrix.edu.br/pesquisa/anais/arquivos2019/direito/resgate-da-autonomia-das-pessoas-em-trajetoria-de-situacao-de-rua-inaper.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.*

RODRIGUES FILHO, José; XAVIER, Jefferson Colombo B.; ADRIANO, Ana Livia. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. **Revista de Administração Contemporânea**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 105-120, abr. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/43fLxr3d8HC3LTmmDPY5nwF/?lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2022.

ROOS, Cristiane Moraes. **Se esta Rua fosse minha...** caminhos rizomáticos de um Consultório na Rua. 2014. 111 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/URGS_95b8038587060ee9d6cb6437dd3746ff. Acesso em: 30 mar. 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 1-2, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

SANCHO, Leyla Gomes; CARMOS, Juliana Martins do; SANCHO, Rafael Gomes; BAHIA, Ligia. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 431-447, nov. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/fP3ZLCxMw7LYDsr4zd5fq5B/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1800, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/t4HQncdWJHn5CG3MHzpJYcb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

SANTANA, Pedro Manoel Araujo de; ALMEIDA, Anderson Henrique S. de; CAVALCANTI, Barbara Maranhão C.; SILVA, Amanda Carsoso; ARCANJO, Caroline Alves. A importância do mapeamento no processo de territorialização. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013. **Anais [...]**. Belém: Cbmfc, 2013. Disponível em: <https://cmfc.emnuvens.com.br/brasileiro/article/view/1212#:~:text=Conclus%C3%A3o%20ou%20Hip%C3%B3teses%3A%20Observa%2Dse,de%20sa%C3%BAde%20de%20forma%20mais>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SANTOS, Carla Félix dos; CECCIM, Ricardo Burg. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 22, n. 67, p. 1043-1052, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SANTOS, Fernanda Tome Paim; CUNHA, Ana Zoe Schiling da; KRUG, Suzane Beatriz Frantz; REZENDE, Maristela Soares de; WEIGELT, Leni Dias. A influência da infraestrutura nas condições de trabalho dos profissionais da 13ª coordenadoria regional de saúde - RS. *In*: SALÃO DE ENSINO E EXTENSÃO. 10. SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. 25, 2014. **Anais [...]**. Unisc, 2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/semic/article/view/12236>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SANTOS, Floriacy Stabnow; BRITO, Elisangela Viana; OLIVEIRA, Kelli Carvalho de; SANTOS, Miguel Henrique da Silva dos; SANTOS, Romila Martins de Moura Stabnow; FONTOURA, Iolanda Graep; SANTOS NETO, Marcelino. Consultório na rua: percepção da equipe multiprofissional sobre a efetividade das ações. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 8, n. 45, p. 60-70, maio 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/2878#:~:text=Os%20profissionais%20perceberam%20que%20as,sejam%20efetivas%20em%20sua%20totalidade>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **A Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. 2019. (On-line). Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 24 fev. 2022.

SANTOS, Luana Neto. **A inserção do Consultório na rua na atenção básica**. 2020. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29268/1/2020_LuanaNetoSantos_tcc.pdf. Acesso em: 04 jul. 2022.

SILVA, Luiz Felipe Castelo Branco da. Considerações em torno do conceito de demanda a partir da perspectiva sistêmica e suas possibilidades na compreensão do fenômeno do alcoolismo. **Projeção, saúde e vida**, v. 1, n. 2, p. 39-53, 2020.

Disponível em:

<http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao6/article/view/1804>.

Acesso em: 05 jul. 2022.

SILVA, Carla Regina; SILVESTRINI, Marina Sanches; VON POELLNITZ, Jéssica Cristina; PRADO, Ana Carolina da Silva Almeida; LEITE JUNIOR, Jaime Daniel. Estratégias criativas e a população em situação de rua: terapia ocupacional, arte, cultura e deslocamentos sensíveis. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 1-12, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/QN8rLvHTnr9XxQ9LGLmbz8L/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 05 jul. 2022.

SILVA, Carolina Cruz da. **População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro**. 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_fe0f59e4f285d995d2dced45f848474f.

Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 39, n. spe, p. 246-256, 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, abr. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/hms3nnTsGgFhCXdp4kQ9mfN/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 03 nov. 2021.

SILVA, John Victor dos Santos; SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos; BEZERRA, Waldez Cavalcante; BRANDÃO, Thyara Maia. Consultório na Rua: experiências e sentimentos vivenciados pelos profissionais na assistência em saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, [S.l.], v. 54, n. 3, p. 2-10, dez. 2021. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/176470>. Acesso em: 25 mar. 2022.

SILVA, Lílea Marianne Albuquerque; MONTEIRO, Ive da Silva; ARAÚJO, Ana Beatriz Vasconcelos Lima de. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 3, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030130>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SILVA, Soraya da Conceição Telles; TAKEITI, Beatriz Akemi; MACHADO, Keronlay da Silva. Ressignificando vidas: reflexões acerca da construção do cuidado em saúde do consultório na rua (CNAR) - Contribuições da terapia ocupacional. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, Rio de Janeiro, p. 1-20, 2017. Disponível em:

<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9627>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396–1416, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>. Acesso em: 20 set. 2021.

SOVIENSKI, Fernanda; STIGAR, Robson. Recursos humanos X Gestão de pessoas. **Gestão Revista Científica de Administração**, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 51-61, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://silo.tips/download/recursos-humanos-x-gestao-de-pessoas>. Acesso em: 15 jun. 2022.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde. Relações Técnicos de Saúde – Utentes. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3), p. 615-620, 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/229>. Acesso em: 21 jun. 2022.

VALE, Raquel Rosa Mendonça do. **Estratégia e-SUS atenção básica: uso pelas equipes de consultório na rua**. 2017. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFG_2aef93eeb1fecfc3a8b9eed3c5d51fee. Acesso em: 26 mar. 2022.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAHA, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao sistema único de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1135680>. Acesso em: 17 mar. 2022.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CPFwkZBjHZXSS6YX4djjQ4B/?lang=pt>. Acesso em: 07 nov. 2021.

VARGAS, Everson Rach; MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 42, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49526>. Acesso em: 04 jul. 2022.

WIJK, Livia Bustamante van; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, n. 9, p. 3357-3368, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jkVXqj4J7w4FmxXVZ3YnWFy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jul. 2022.

APÊNDICE A – QUADRO PARA COLETA DE DADOS

Autor(es) / Ano	Literatura Estudada (Título)	Plataforma	Demandas	Desafios

Fonte: as autoras (2022).