



Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira

Advisory teams on the streets: A nurse's experience report

Equipos de consultorio en la calle: relato de experiencia de una enfermera

Como citar este artigo:

Alecrim TFA, Protti-Zanatta ST, Palha PF, Ballestero JGA. Advisory teams on the streets: A nurse's experience report. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220026. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>

 Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim¹

 Pedro Fredemir Palha²

 Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero²

 Simone Teresinha Protti-Zanatta¹

¹ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To report a nurse's work experience with the street medical consultation teams in the city of São Paulo/SP Brazil. **Method:** Descriptive, experience report study, which describes the care for homeless people, from a nurse's perspective and experience. **Results:** Among the attributions of the nurses working with the street medical consultation teams, there are the accurate knowledge of the territory, the ability to build bonds, the performance of diagnoses of health and epidemiological conditions, the planning of the team's actions, the establishment of integration flows with the Health Care Network, the knowledge and understanding about the people ending up on the streets, the supervision of the actions of nursing assistants and community health agents. **Conclusion:** Acting as a nurse on the street medical consultation team is a new and challenging experience that requires dynamic, strategic, creative, and empathic actions. The presence of nurses in the Street Medical Consultation teams contributes to ensuring access to health services and comprehensive care, expanding the possibilities of early detection, treatment, monitoring, and healing of chronic and infectious diseases.

DESCRIPTORS

Nurse; Nursing Care; Homeless Persons; Primary Health Care; Health Policy.

Autor correspondente:

Tatiana Ferras de Araújo Alecrim
Rua Tucano, 300, Chácara Ana Maria
18052-885 – Sorocaba, SP, Brasil
tatienf@gmail.com

Recebido: 01/02/2022

Aprovado: 22/05/2022

INTRODUÇÃO

As iniquidades sociais estão presentes na História, revelando que o viver na rua é uma realidade que permanece ao longo dos anos. No Brasil, com a abolição da escravidão em 1888, os ex-escravizados libertos e seus descendentes foram os primeiros a se utilizarem das ruas como espaço de moradia e subsistência. O fim da escravidão despejou nos centros urbanos homens, mulheres e crianças que, sem emprego, moradia nem condições para prover sua sobrevivência, vagavam pelas cidades praticando mendicância ou submetendo-se às condições indignas de trabalho^(1,2).

Mesmo existindo há mais de um século, a população em situação de rua (PSR) não é contabilizada pelos censos demográficos, visto que a coleta de dados é de base domiciliar. Embora essa população seja invisível à operação censitária, ela se torna cada dia mais visível nas ruas e praças das cidades⁽³⁾.

Apenas em 2008 a PSR foi contabilizada, mediante um censo populacional nacional específico. A pesquisa foi realizada em apenas 71 municípios do Brasil pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; identificou 31.922 maiores de 18 anos vivendo nas ruas. Desses, 82% eram do sexo masculino; 67% negros, idade entre 25 e 44 anos; 58,6% declararam ter profissão, dentre elas, catador de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), trabalhadores da construção civil (6,3%) e ajudantes de carregamento; apesar disso, 19% não têm acesso nem mesmo a uma refeição ao dia. Cabe ressaltar que não foram inclusos todos os municípios brasileiros e grandes capitais como São Paulo, Belo Horizonte e Recife, por terem realizado pesquisas semelhantes em anos anteriores⁽⁴⁾.

Em 2015, a estimativa de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil foi de 101.854; porém, não é possível dimensionar o número real desta população devido à ausência de periodicidade, procedimento metodológico e diretriz nacional para aplicações dos censos. Diante disso, a contabilização da PSR ocorre de acordo com as iniciativas ou não de cada município^(5,6).

Nesse sentido, o censo realizado no município de São Paulo em 2022 apontou 31.884 pessoas vivendo em situação de rua, revelando um aumento de 31% dessa população comparado com resultado do mesmo censo realizado em 2019. Os dados atuais da cidade de São Paulo corroboram os resultados da pesquisa nacional quanto à identidade de gênero, idade e trabalho, porém evidenciaram o aumento de núcleos familiares e de pessoas vivendo em barracas. Além disso, chama atenção o fato de que 92,3% destas pessoas desejam deixar de viver em situação de rua⁽⁷⁾.

O Decreto Nacional nº 7.053, 23 de dezembro de 2009, define PSR como:

“grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”⁽⁸⁾.

Embora existam diversas razões que influenciam a chegada das pessoas à rua, os efeitos de viver nela são análogos a todos. Em comum, essas pessoas estão à margem da sociedade; são

vítimas de violência e preconceitos; estão vulneráveis social, emocional e fisicamente; sofrem privações e não têm suas necessidades básicas de vida supridas; dessa maneira, necessitam, diariamente, desenvolver estratégias de sobrevivência⁽⁵⁾.

Quando comparada à população em geral, a população de pessoas que vivem em situação de rua apresenta de cinco a dez vezes mais risco de morte e 48 a 67 vezes mais risco de adoecer por tuberculose. Agravos como doenças crônicas, problemas de saúde mental, uso abusivo de substâncias psicoativas, problemas nos pés, infestações, infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, problemas de saúde bucal e gravidez de alto risco são descritos como os maiores problemas de saúde desta população⁽⁹⁻¹¹⁾.

O acesso à informação e à saúde para as PSR é escasso e insuficiente; a fixação em um espaço geográfico específico é um desafio, dada a necessidade de movimentos diários na busca de alimentação, trabalho, descanso e pernoite, sendo considerada como população de alta vulnerabilidade. Deste modo, é possível afirmar que a população em situação de rua apresenta maior necessidade de cuidado em saúde, sendo necessários serviços que articulem suas práticas e lhes garantam a atenção integral por intermédio de políticas e ações públicas que respondam às suas necessidades⁽¹¹⁻¹³⁾.

Embora as conquistas estabelecidas pelas políticas públicas para a PSR ainda sejam tímidas, elas sinalizam a importância da construção da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), em 2009. A referida política contribuiu para a implantação do Consultório na Rua (CnaR), em 2011, enquanto equipe de Atenção Básica (eAB) para população específica, mediante a publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

As equipes de CnaR têm como principal objetivo a ampliação do acesso da PSR à saúde, diante da oferta *in loco* da atenção integral para com a PSR, do cuidado continuado de forma itinerante, abordando as suas diferentes necessidades de saúde e, quando necessário, a utilização das instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estão previstas ações em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana, tendo como parâmetro uma equipe de Consultório na Rua para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua^(11,16).

As equipes poderão ser formadas por: enfermeiro; técnico ou auxiliar de enfermagem; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; cirurgião-dentista; técnico ou auxiliar em saúde bucal; profissional/professor de educação física; profissional com formação em arte e educação; agente social e agentes comunitários de saúde, sendo os dois últimos profissionais de nível Médio. De acordo com a quantidade e composição profissional, as equipes são classificadas em modalidades I, II e III, sendo a modalidade III a única que integra o profissional médico; assim, vale observar a necessidade do território quando da escolha da modalidade a ser implantada⁽¹⁸⁾.

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo iniciou a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) com a PSR, com a finalidade de promover, prevenir, detectar e tratar os agravos mais frequentes dessa população. Em 2008, as equipes PACS foram transformadas e ampliadas em equipes de Saúde da Família. Em seguida, nasceram as Equipes de Saúde da Família Especiais (ESF E), com atuação nas regiões de maior concentração de PSR. Algumas UBSs

foram adequadas e projetadas para o atendimento desses usuários, com infraestruturas como local para banho. Em agosto de 2012, as ESF E, atendendo às novas diretrizes do Ministério da Saúde, foram convertidas para CnaR⁽¹⁹⁾.

Atualmente, a Prefeitura Municipal de São Paulo possui 26 equipes de Consultórios na Rua modalidade III. Cada equipe está vinculada a uma UBS, sendo composta por um(a) ou mais enfermeira(o)(s). Dentre as atribuições específicas da(o)(s) enfermeira(o)(s) estabelecidas pela PNAB, destacam-se: o atendimento aos indivíduos e famílias em todos os ciclos de vida; consultas de enfermagem extramuro, como em ruas, escolas ou domicílio; articulação de atividades coletivas; solicitação de exames complementares; prescrição de medicamentos e encaminhamentos de acordo com protocolos e normativas técnicas estabelecidas; planejamento e gerenciamento de atividades; educação permanente e participação do gerenciamento de insumos^(17,19).

Diante do exposto, a construção do cuidado junto à PSR exige da(o)(s) enfermeira(o)(s) uma atuação com criação de vínculos que humanizem cada encontro, sendo necessário compreender sem julgar, além de respeitar e estabelecer limites. É fundamental o trabalho em equipes que ressignifique permanentemente suas ações, em que o cuidado continuado se estabeleça no tempo do outro, a partir de pequenos passos^(11,20).

Considerando o histórico, a alta vulnerabilidade de saúde e social apresentadas, a necessidade de cuidado integral e especializado, a importância de se agregar maior produção científica com essa temática, a inserção de profissionais enfermeira(o)(s) na gestão e produção de cuidado das pessoas em situação de rua, este artigo tem como objetivo relatar a experiência acerca da atuação da(o) enfermeira(o) com as equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo/SP, Brasil.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um relato de experiência profissional com características qualitativas, de natureza descritiva, com recorte temporal transversal.

LOCAL

O presente relato de experiência profissional descreve a atuação da(o) enfermeira(o) e o cuidado das pessoas em situação de rua com as equipes de Consultório na Rua da região central do município de São Paulo, sobretudo nos territórios conhecidos como “centro antigo” e “cracolândia”. A descrição é feita a partir do olhar e da vivência de uma enfermeira que, de 2009 a 2022, tem atuado com essas equipes em cenários diversos, como na implantação de equipes, pesquisas, gestão do cuidado e de serviços.

A cidade de São Paulo é capital do estado de São Paulo; destaca-se como principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021 estimam uma população de 12.396.372 de habitantes em uma área de 1.523 km², como a capital dos negócios, da diversidade cultural, gastronômica e que concentra o maior número de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil⁽⁷⁾.

Os territórios sobre os quais versa a experiência têm como principais características a concentração de pontos turísticos, grandes estruturas arquitetônicas, rotas de comércios, terminais de ônibus, estações de trem e Metrô, milhares de transeuntes durante o dia, importantes instituições financeiras, centros empresariais, repartições públicas, igrejas, organizações não governamentais (ONGs) e áreas degradadas.

O município, em sua história, apresenta uma elevação crescente da PSR e, conseqüentemente, o aumento de equipes de CnaR. O profissional enfermeiro exerce papel fundamental nestas equipes; assim, este relato descreve as ações da assistência direta, coordenação do cuidado e supervisão realizadas pelo(a) enfermeiro(a) que atua na CnaR.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente relato de experiência profissional reflete as impressões dos autores deste texto sobre a vivência descrita e discutida nas seções deste artigo. Contém análise de implicações conceituais, descrição de processos de trabalho, fluxos, rotinas e estratégias de intervenção no cuidado da população em situação de rua do município de São Paulo. Como não exigiu nenhuma forma de coleta de dados, não houve necessidade de submissão ao comitê de ética.

RESULTADOS

Ao versar sobre a prática de cuidado da(o)(s) enfermeira(o)(s) que atua(m) com as equipes de Consultório na Rua, vale iniciar pela necessidade de conhecimento acurado do território. A territorialização é um instrumento fundamental para organizar os processos de trabalho e a vigilância em saúde. Na rua, o território é dinâmico e independe dos limites geográficos. Ele acontece diuturnamente nos locais de passagem, nos pontos de fixação, nas diversas formas de subsistências, nos encontros e desencontros. Assim, é essencial considerar a relação que o indivíduo estabelece com esse espaço territorial, compreendendo que diante das dificuldades, fragilidades e riscos de cada território, faz-se imprescindível conhecer também suas potencialidades e seus recursos.

O mapeamento realizado pelas equipes de CnaR é primordial para reconhecer a disposição da população em situação de rua em cada um dos locais que ocupam. É preciso conhecer a realidade *in loco*. A cultura de migração faz parte do estar na rua; a inexistência de fixação em espaço físico permanente dificulta o estabelecimento do cuidado. Contudo, a depender do território, a migração geográfica é menos constante, o que permite a localização dos indivíduos para a continuidade das ações.

Aproximar-se das pessoas em situação de rua pode ser considerado um dos maiores desafios. Estar na rua é estar exposto a todas as formas de ausências, privações e violências, é ser vítima de preconceitos e exclusões. A interação dificilmente acontece nas primeiras abordagens, tornando a construção de vínculos lenta e fruto de intensa persistência. Observa-se que esses indivíduos, em sua maioria, portam histórias de intensos sofrimentos físicos e emocionais, conflitos familiares, abandono, remoções compulsórias e violação de direitos.

O processo de construção de vínculos, fundamental para a construção do cuidado integral e longitudinal, ocorre de modo gradativo a partir de muita insistência, paciência e presença

constante das equipes nos locais de maior concentração das pessoas em situação de rua. A interação e abordagem se fazem necessárias para a realização do cadastro do indivíduo na equipe de CnaR. É comum a(o)(s) cadastrada(o)(s) divulgar(em) o trabalho da equipe. Por meio da “boa propaganda”, do “boca a boca”, contribuem para a aproximação e vinculação dos amigos de rua à equipe. A atuação da(o) enfermeira(o) na rua exige estabelecer relação interpessoal baseada no vínculo, na escuta qualificada, na empatia, no acolhimento e no respeito à diversidade. Assim, a confiança e o estabelecimento de vínculo se fazem nas ações diárias de cuidados.

Os cadastros das pessoas que vivem em situação de rua nem sempre são feitos no primeiro encontro; a rotineira expulsão das PSR dos espaços que ocupam, a exclusão social e o preconceito os deixam com medo e desconfiados diante das abordagens dos profissionais. Assim, dispor dos mesmos membros da equipe, se possível em duplas, nos mesmos locais e horários, torna-os uma referência a ser buscada pelas PSR quando sentirem necessidade. O cadastro é individual, feito pelo agente de saúde; a partir deste cadastro é aberto o prontuário, onde serão registrados todos os cuidados; os prontuários ficam arquivados na Unidade Básica de Saúde de referência.

Garantir que a(o) cadastrada(o) seja acompanhada(o) pelo agente de saúde de referência no primeiro atendimento na UBS é fundamental. Esta prática fortalece o vínculo, promove equidade de acesso e contribui para a compreensão de que a UBS é espaço universal de cuidado. Considerando que a vivência do tempo da PSR é singular, existe a necessidade e a emergência de suprir suas necessidades em um momento que é hoje e agora; as pessoas que vivem na rua podem ser julgadas por não saberem esperar e por serem imediatistas; contudo, vale destacar que o imediatismo desta população está intimamente relacionado com a incerteza da longevidade de sua vida e pela constante necessidade de garantir sua sobrevivência.

Estar em um serviço de saúde aguardando para atendimento pode despertar sobre as PSR olhares curiosos e muitas vezes reprovadores, devido à sua aparência física não convencional, roupas desgastadas e odor desagradável. O tempo vivido na espera de ser atendida(o) pode, por exemplo, resultar em perder o horário de distribuição de alimentos por equipamentos sociais, igrejas e ONGs conhecido como “boca de rango”. Entre aguardar o atendimento e se alimentar, a necessidade humana básica de nutrição é priorizada.

Assim, a garantia do atendimento breve e a valorização da sua presença no serviço de saúde, a oferta de todos os recursos de cuidado disponíveis em uma única visita à UBS, como consulta compartilhada com a equipe multidisciplinar, vacinação, coleta de exames, curativos, banhos, dispensação e administração de medicações, identificação de potenciais conselheiros gestores, encaminhamentos e entrega do cartão SUS têm sido estratégias importantes para o cuidado integral e fortalecimento de vínculo. Embora haja perda rotineira e necessidade de realização de mais de uma via, o cartão SUS é um documento muito desejado e estimado pela PSR, visto que esse documento de identificação e saúde é feito e entregue na hora, sem necessidade de comprovação de endereço ou apresentação de documentos preexistentes. A confecção do cartão por dados autodeclarados e ausência de

burocracia contribuem significativamente para o sentimento de pertencimento à Unidade Básica de Saúde.

O período noturno é um momento de grande exposição e maior risco para as pessoas que estão em situação de rua; as violências, o uso de substâncias psicoativas e as baixas temperaturas climáticas intensificam-se durante a madrugada, fazendo da noite um período de alerta permanente e dificuldade para o sono/repouso. É no amanhecer do dia, quando a cidade se torna mais movimentada, que geralmente as PSR se sentem mais seguras e protegidas para dormir; assim, muitos adormecem mais profundamente durante esse período. Diante desta realidade, acordá-las logo pela manhã não é oportuno; é necessário haver sensibilidade para reconhecer o melhor momento para fazer a abordagem.

Realizar o diagnóstico das condições de saúde da população em situação de rua é fundamental para identificar as intervenções necessárias para a atenção integral. É preciso compreender a saúde em seu conceito ampliado, ou seja, que se relaciona às condições de vida, trabalho, educação, alimentação, moradia, segurança, sono/repouso, lazer, dentre outros. Assim, diante do cuidar da PSR, os aspectos sociais na maioria das vezes sobrepõem-se às demandas assistenciais, visto que esses indivíduos não possuem condições mínimas para suprir suas necessidades humanas básicas de modo digno.

Nesse sentido, é imprescindível a(o) enfermeira(o) planejar as ações da equipe e estabelecer fluxos de integração com a Rede de Assistência à Saúde (RAS), discutir casos em reuniões técnicas com a rede de serviços, realizar visitas na rua e nos equipamentos sociais, participar de reuniões sistemáticas com equipe de serviços de acordo com as demandas apresentadas e articular as ações com a rede intersetorial do território.

A atenção à saúde da população em situação de rua perpassa pela compreensão de quem são as pessoas a serem cuidadas, como chegaram à rua, como sobrevivem nela e a ela e quais são as suas principais necessidades de saúde. Desse modo, é possível a construção de estratégias de cuidados individuais e coletivos, seja na própria rua, seja na UBS de referência ou nos demais equipamentos. Considerando as demandas apresentadas entendidas como essa “cesta” de desejos definidos por usuários e profissionais de saúde, são ofertados procedimentos como realização de coleta de exames laboratoriais, curativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, administração de medicamentos orais e injetáveis, bem como o tratamento diretamente observado para tuberculose⁽²¹⁾.

O cenário epidemiológico tem apresentado a prevalência de agravos de saúde que convocam a(o)(s) enfermeira(o)(s) ao conhecimento e ao desenvolvimento de habilidades para atuarem de modo generalista frente às doenças crônicas não transmissíveis, na busca ativa das gestantes e promoção do pré-natal, no acompanhamento regular de crianças menores e adolescentes, na busca ativa para rastreamento, acompanhamento e tratamento de tuberculose, na realização de aconselhamento e testagem rápida de aids, sífilis, hepatites e outras doenças infectocontagiosas, no acompanhamento dos portadores de sofrimentos psíquicos e das pessoas que fazem uso abusivo de álcool, *crack* e outras drogas; na realização de consultas de enfermagem, atividades coletivas como grupos educativos e na participação ativa nos processos de educação permanente⁽¹¹⁾.

À(Ao) enfermeira(o) cabe também a supervisão das atividades e o fechamento das produções dos auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes de saúde, a avaliação e discussão dos dados de registro de trabalho, a realização de reuniões de equipe para o planejamento das visitas, bem como das ações nos serviços de saúde e território. Eles também têm responsabilidade direta na organização e execução de campanhas, na previsão e provisão de materiais e insumos para os procedimentos, na organização da assistência individual/coletiva, no preenchimento e na construção de relatórios, bem como de representar a equipe de CnaR em reuniões.

Desse modo, exerce papel fundamental nas articulações da rede de assistência à saúde e na intensificação das ações intersectoriais. Os encontros regulares para discussões e encaminhamentos são fundamentais, como matriciamento com Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Assistência Psicossocial Infância juvenil (CAPS IJ) e Centro de Assistência Psicossocial Adulto (CAPS Adulto), equipes que atuam nas UBSs e nas Equipes de Saúde da Família (ESFs), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (CREAS POP), ONGs, igrejas, gestores dos Centros de Acolhida, entre outros. Considerando as diversas necessidades da PSR, para que o cuidado de fato seja integral, é fundamental o fortalecimento das parcerias institucionais.

As diversidades e os desafios que constituem o cuidado da PSR ultrapassam a dificuldade de acesso às políticas públicas, o preconceito e o estigma social dos que se encontram em situação de rua. Os profissionais que exercem esse cuidado também são alvos de preconceito, como se atuar com essa população fosse demérito ou falta de opção no mercado de trabalho; por isso, faz-se necessária a presença de enfermeira(o)(s) que, além das habilidades técnicas, assistenciais e gerenciais, tenham perfil para construção de narrativas que superem esses entraves.

DISCUSSÃO

O Consultório na Rua pode ser descrito como:

“Ausência de paredes, a inexistência da mesa, o encontro em locais em movimento, o sol, o vento, o frio, o calor, a chuva, não poucas vezes acompanhados da sujeira e o forte odor. Conversar sobre saúde em meio à cena de drogas, encontrar-se com histórias de vida de/em contextos angustiantes, são acontecimentos que exigem um exercício singular marcado pela construção e desconstrução de valores”⁽²²⁾.

Diante do atual cenário de atuação, a(o) enfermeira(o) da equipe de Consultório na Rua está diante de inúmeros desafios, diversidades que vão desde a garantia de acesso aos serviços de saúde até a sensibilização da comunidade, na busca por contribuir para que compreendam que as pessoas em situação de rua são sujeitos de direitos e que devem ser respeitadas. Dessa maneira, os profissionais que atuam no CnaR precisam estar atentos para identificar as necessidades biológicas, psicológicas, espirituais e sociais dos seus cadastrados^(13,22).

Embora a PSR ocupe as regiões mais movimentadas da cidade de São Paulo, a sua invisibilidade é marcada pelas ausências de políticas públicas efetivas que alcancem suas reais necessidades; faz-se urgente a elaboração de formas de cuidados e

ações que valorizem as vivências e as experiências de cada um desses indivíduos. Para essa prática, é imprescindível a construção de formas inovadoras de cuidado que ultrapassem o modelo biomédico e alcancem uma prática de escuta empática de viés inter e transdisciplinar^(12,23).

Dentre as especificidades do trabalho no CnaR, destaca-se a primordialidade de que a(o)(s) enfermeira(o)(s) tenha(m) perfil e disponibilidade para a formação de vínculos e estejam preparados(as) para ouvir não, visto que o medo e a insegurança demonstrados pela PSR dificultam a abordagem e a inclusão para o cuidado nas primeiras abordagens. A relação interpessoal contribui de modo positivo para o respeito e a confiança mútua, acolhimento, acesso e adesão ao tratamento^(13,20,23).

Na busca de práticas que produzam cuidado na rua, a(o)(s) enfermeira(o)(s) do CnaR atua(m) de modo criativo a partir do conhecimento e reconhecimento profundo do território geográfico e de suas necessidades epidemiológicas. A territorialização é fundamental para conhecer a rua e seus espaços, os viadutos, praças, buracos, malocas, marquises, pontos de encontros, locais de permanência, de abrigo e de trabalho. É comum os grupos se aproximarem e se organizarem por semelhanças; por exemplo, usuários de álcool geralmente não se agrupam com usuários de crack, grupos familiares se aproximam uns dos outros, adolescentes se juntam a outros adolescentes, coletores de recicláveis se aproximam de outros que executam a mesma atividade^(8,11,12).

Além dos cuidados individuais como consultas, avaliações clínicas, encaminhamentos e procedimentos, as atividades coletivas como grupos e campanhas são recursos muito utilizados pelas equipes de CnaR. Essas atividades têm como principal objetivo orientações e promoção à saúde; são realizadas na própria rua, viadutos, calçadas, praças ou nos centros de acolhida, mais conhecidos como “albergues”^(8,11,22).

Dado o risco elevado da PSR de adoecer por tuberculose, as ações voltadas para a busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico e tratamento de TB são feitas de modo sistemático: grupos de orientação, coleta de baciloscopia e administração de medicação diretamente observada podem ser realizados na própria rua, a depender da necessidade de cada cadastrada(o) e as características do território. Vale destacar que, quando a situação requer, as equipes de CnaR também utilizam a prática de medicação assistida para outros tratamentos além da TB, como administração supervisionada de antibioticoterapia, psicotrópicos e medicações de uso contínuo⁽²⁴⁾.

Visando a promoção à saúde, algumas equipes investem em ações culturais e de lazer. A brinquedoteca itinerante ocorre nos espaços da rua, onde brinquedos doados em bom estado de conservação são utilizados por crianças e adultos para abordar temas de saúde de modo lúdico. Quando identificada alguma habilidade dentre os participantes, esses são estimulados a produzir e a compartilhar os seus saberes com os demais; um exemplo é a prática de malabares. A cinemateca acontece em espaços de ONGs; são apresentados filmes escolhidos a partir de sugestões e escolhas entre a equipe de saúde e a PSR; durante o filme, são oferecidas pipocas e sucos arrecadados entre os próprios trabalhadores. Nas oficinas de desenhos, são disponibilizadas folhas, giz de cera e lápis de cor para desenhos livres e/ou temáticos; acontecem também visitas a pontos turísticos como bibliotecas, parques e museus, locais em frente aos quais

muitas vezes as pessoas em situação de rua dormem, porém desconhecem seus espaços internos^(11,14,20).

Atuar com a população em situação de rua é compreender que a garantia de direitos de/em vida perpassa também pela experiência da morte em vida e pela vida na morte. Lidar com o óbito daqueles que em vida tiveram seus direitos violados e que diante da morte não terão direito sequer da descrição de seus nomes nos túmulos também é uma temática presente no cotidiano das equipes. Esses invisíveis da vida e indigentes na partida são cadastrados das equipes com nome e sobrenome, idade, profissão, cidades de origem, local de fixação e pernoite, tempo na rua, onde se alimentam e informações de saúde; a(o)(s) enfermeira(o)(s), equipes e colegas de rua conhecem suas histórias, suas memórias, suas dores, seus sonhos e suas alegrias^(8,12,14).

Isto posto, as mortes das pessoas em situação de rua são imediatamente reportadas à(o) enfermeira(o). Saber que um cadastrado pode ser enterrado como indigente movimenta toda a equipe no empenho de esforços para que seus acompanhados não sejam enterrados como desconhecidos; assim, reúnem-se prontuário, cartão SUS e resultados de exames a fim de apresentá-los ao instituto médico legal (IML) e, se necessário, até mesmo faz-se o reconhecimento do corpo. Ações de garantia de direitos como essas fortalecem o vínculo das equipes no território, aumentam o acesso e a adesão aos cuidados de saúde⁽¹⁵⁾.

Constitui limitação deste estudo a sistematização e produção dos dados aqui expostos, pois esses partem da narrativa e

reflexões da prática profissional vivenciada, exclusivamente, por uma enfermeira. Nesse sentido, pode-se inferir que os dados não são estanques, pois podem gerar novas percepções e interpretações quando narrados e refletidos por outros profissionais e até mesmo outros(as) enfermeiros(as). Por conseguinte, os resultados obtidos aqui não devem ser generalizados.

CONCLUSÃO

As singularidades e adversidades que compõem o cuidado da PSR perpassam por questões que vão além do setor saúde; é estar também diante da falta de acesso às políticas públicas, miséria, preconceito, exclusão e estigma social. Assim, é imprescindível a presença de enfermeira(o)(s) que, além das habilidades técnicas, assistenciais e gerenciais, tenha(m) disponibilidade para construção de narrativas que superem esses entraves.

Desse modo, destaca-se a primordialidade de enfermeira(o)(s) e profissionais de saúde que sejam dinâmicos, estratégicos, criativos e empáticos na construção de práticas e saberes que promovam cuidado de saúde integral e longitudinal, a serem realizados nos mais diversos espaços urbanos. Destaca-se ainda que a atuação de enfermeira(o)(s) nas equipes de Consultório na Rua na região central do município de São Paulo contribui significativamente para a garantia de acesso da PSR aos serviços de saúde e amplia as possibilidades de detecção precoce, tratamento, acompanhamento, cura de doenças crônicas e infectocontagiosas, promovendo cuidado humanizado, integral, longitudinal e reinserção social.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência acerca da atuação da/o enfermeira/o junto às equipes de consultório na rua no município de São Paulo/SP Brasil. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que descreve o cuidado às pessoas em situação de rua, a partir do olhar e da vivência de uma enfermeira. **Resultados:** Dentre as atribuições das/os enfermeiras/os que atuavam junto às equipes de consultório na rua, destacavam-se o conhecimento acurado do território, habilidade para construção de vínculos, realização de diagnósticos das condições de saúde e epidemiológico, planejamento das ações da equipe, estabelecimento de fluxos de integração junto à Rede de Assistência à Saúde, conhecimento e compreensão sobre a chegada das pessoas às ruas, supervisão das ações dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. **Conclusão:** Atuar como enfermeira/o na equipe de consultório na rua é uma experiência nova e desafiadora que requer dos profissionais ações dinâmicas, estratégicas, criativas e empáticas. A presença de enfermeiras/os nas equipes de Consultório na Rua contribui para a garantia do acesso aos serviços de saúde e cuidado integral, amplia as possibilidades de detecção precoce, tratamento, acompanhamento e a cura de agravos crônicos e infectocontagiosos.

DESCRITORES

Enfermeiras e Enfermeiros; Cuidados de Enfermagem; Pessoas em Situação de Rua; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Relatar la experiencia acerca de la actuación de la/del enfermera/o con los equipos de consultorio en la calle en el municipio de São Paulo/SP, Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia que describe el cuidado a las personas que viven en la calle desde el punto de vista y de la vivencia de una enfermera. **Resultados:** Entre las atribuciones de las/de los enfermeras/os que actuaban con los equipos de consultorio en la calle se destacaban el profundo conocimiento del territorio, habilidad para construcción de vínculos, realización de diagnósticos de las condiciones de salud y epidemiológico, planificación de las acciones del equipo, establecimiento de flujos de integración con la Red de Asistencia a la Salud, conocimiento y comprensión sobre la llegada de personas a la calle, supervisión de las acciones de los auxiliares de enfermería y agentes de salud comunitaria. **Conclusión:** Actuar como enfermera/o en el equipo de consultorio en la calle es una experiencia nueva y retadora que requiere de los profesionales acciones dinámicas, estratégicas, creativas y empáticas. La presencia de enfermeras/os en los equipos de Consultorio en la calle contribuye para garantizar el acceso a los servicios de salud y cuidado integral, amplia las posibilidades de detección precoz, tratamiento, acompañamiento y la cura de agravios crónicos e infectocontagiosas.

DESCRIPTORES

Enfermera, Cuidado de Enfermería; Personas sin Hogar; Asistencia Primaria de Salud; Política de Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Bursztyn M. No Meio da Rua – nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond; 2000.
2. Pereira LP, Wetzel C, Pavani F, Olschowsky A, Moraes BM, Klein E. Narrative interview with homeless persons with mental illness: experience report. *Escola Anna Nery*. 2021;25(3):e202000172021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0017>
3. Figueiredo EHL, Guerra DLR. From the homeless: the criminalization of the invisible. *Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos [Internet]*. 2016 [citado 2021 Jul 10];50(66):160-76. Disponível em: <http://ojs.ite.edu.br/index.php/ripe/article/view/265/292>

4. Couto JGA, Godoi H, Finkler M, Mello ALSF. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. *Cad Saude Colet.* 2021;29(4):518-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040223>
5. Hungaro AA, Gavioli A, Christóphoro R, Marangoni SR, Altrão RF, Rodrigues AL, et al. Homeless population: characterization and contextualization by censos research. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190236. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0236>
6. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016 [citado 2021 Mar 4]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf
7. Secretaria de Assistência Social de São Paulo. Censo antecipado pela Prefeitura de São Paulo revela que a população em situação de rua cresceu 31% nos últimos dois anos [Internet]. São Paulo: Secretaria de Assistência Social de São Paulo; 2022 [citado 2022 Jan 25]. Disponível em: <https://imprensa.prefeitura.sp.gov.br/noticia/censo-da-prefeitura-revela-que-populacao-em-situacao-de-rua-cresceu-nos-ultimos-dois-anos>
8. Brito C, Silva LN. Unhoused people: stigma, prejudice, and health care strategies. *Cien Saude Colet.* 2022;27(1):151-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202271.19662021>
9. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health.* 2020;5(4):e186-7. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30053-0)
10. European Federation of National Organisations Working with the Homeless. COVID-19: “Staying home” Not an option for people experiencing homelessness [Internet]. Brussels: FEANTSA; 2020 [citado 2021 Jul 27]. Disponível em: <https://www.feantsa.org/en/news/2020/03/18/covid19-staying-home-not-an-option-for-people-experiencing-homelessness>
11. Viegas SMF, Nitschke RG, Bernardo LA, Tholi AD, Borrego MAR, Soto PJJ, et al. The routine of the street outreach office team: weaving networks for health promotion. *Escola Anna Nery.* 2021;25(3):e20200222. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>
12. Reinaldo MAS, Pillon SC, Wagstaff C, Silveira BV, Gomes NMR, Pereira MO. População em situação de rua: maior vulnerabilidade e invisibilidade durante a pandemia de COVID-19. In: Esperidião E, Sidel MGB, editores. *Enfermagem em saúde mental e COVID-19.* 2ª ed. Brasília: Editora ABEn; 2020. p. 45-50. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e04.c06>
13. Melo APS, Lima EP, Barros FCR, Camelo LDV, Guimarães MDC. Homelessness and incarceration among psychiatric patients in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2018;23(11):3719-3733. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.12522016>
14. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate.* 2022;46(132):227-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
15. Valle FAAL, Farah BF. Health of those who are in homeless situation: (in)visibilities in access to the Unified Health System. *Physis.* 2020;30(2):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>
16. Vale AR, Vecchia MD. The health care of people living in the streets: possibilities and challenges. *Estudos de Psicologia.* 2019;24(1):42-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2022 Jan 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 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) [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2022 Jan 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
19. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Estratégia Saúde da Família – ESF [Internet]. São Paulo; 2014 [citado 2019 Jun 26]. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf
20. Alecrim TF, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):808-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600014>
21. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO; 2001. p. 113-26.
22. Londero MFP, Ceccim RB, Bilíbio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface.* 2014;18(49):251-260. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
23. Santos AR, Almeida PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saúde em Debate.* 2022;45(129):327-339. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112906>
24. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Vulnerable populations and tuberculosis treatment outcomes in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2021;26(10):4749-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.24132020>

EDITOR ASSOCIADO

Thiago da Silva Domingos



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.