

CONSULTÓRIO NA RUA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE A EFETIVIDADE DAS AÇÕES

STREET OFFICE: PERCEPTION OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM ON THE EFFECTIVENESS OF ACTIONS

Floriacy Stabnow Santos 1

Elisangela Viana Brito 2

Kelli Carvalho de Oliveira 3

Miguel Henrique da Silva dos Santos 4

Romila Martins de Moura Stabnow Santos 5

Iolanda Graepp Fontoura 6

Marcelino Santos Neto 7

Resumo: Objetivou-se conhecer a percepção da equipe multiprofissional do Consultório na Rua sobre a efetividade das ações promovidas. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em Imperatriz-MA, que envolveu seis profissionais de saúde atuantes na equipe, abordado nos locais de atendimento, no período de Janeiro a Maio de 2019. Foram questionados sobre o funcionamento, qualidade e efetividade dos serviços prestados por meio de entrevista semiestruturada e analisados empregando o método de análise de conteúdo. Emergiram três categorias: I- Operacionalização das ações da equipe; II- Gerenciamento das ações da equipe III- limitações e Desafios acerca do atendimento prestado. Apesar dos entraves administrativos o compromisso da equipe, assim como o acolhimento realizado, fortalece o vínculo entre equipe e usuários. Os profissionais perceberam que as ações realizadas têm relevante efetividade, entretanto, características próprias dos indivíduos e problemas relacionados às necessidades básicas não contempladas constituem-se como obstáculos para que suas ações sejam efetivas em sua totalidade.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Atenção Integral à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

Abstract: The objective was to know the perception of the multidisciplinary team of the Street Office about the effectiveness of the actions promoted. This descriptive study with a qualitative approach, carried out in Imperatriz-MA, which involved six health professionals working in the team, addressed at the places of care, from January to May 2019. They were asked about the functioning, quality and effectiveness of the services provided through semi-structured interviews and analyzed using the content analysis method. Three categories emerged: I- Operationalization of the team's actions; II- Management of the actions of team III - limitations and challenges about the service provided. Despite the administrative obstacles, the team's commitment, as well as the welcoming performed, strengthens the bond between the team and users. The professionals perceived that the actions performed have relevant effectiveness, however, characteristics of the individuals and problems related to the basic needs not contemplated constitute themselves as obstacles for their actions to be effective in its entirety.

Keywords: Vulnerability. Comprehensive Health Care. Patient Assistance Team.

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7357780334048827>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7840-7642>.
E-mail: floriacys@gmail.com

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1464565583574191>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3226-9998>.
E-mail: lisaufma@hotmail.com

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4878215748230621>.
E-mail: kelliufma@hotmail.com

Enfermeiro. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, MA, Brasil
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2188750447211347>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1737-2137>.
E-mail: miguelhenrique100@hotmail.com

Profissional de Educação Física. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1980290805623755>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0407-0412>.
E-mail: romilamartins@gmail.com

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0025726001719169>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9201-480X>.
E-mail: iolandagraepp@hotmail.com

Farmacêutico Bioquímico. Doutor em Ciências. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão São Luis, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2762193275718620>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6105-1886>.
E-mail: marcelinosn@gmail.com

Introdução

O Consultório na Rua (CnaR), instituído pela Política Nacional de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido adotado como estratégia no fortalecimento de ações intersectoriais no resgate da dignidade e cidadania da população em situação de rua, e buscam atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde dessa população específica, inclusive na busca ativa e cuidado aos dependentes de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2011).

Considera-se um contexto desafiador para a equipe do CnaR assistir a população em condição de rua que requer dos profissionais de saúde a instituição de linhas de cuidado que atendam-na, uma vez que é indiscutivelmente inconstante no que se refere à adesão a tratamentos e cuidados, para tanto é preciso a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e os indivíduos, identificando os agravos, e possíveis danos que marcam o trabalho da equipe com esse público (HALLAIS; BARROS, 2015).

A implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propôs a consolidação da atenção à saúde a população em situação de rua que já era garantida desde a Constituição Federal de 1988 e tornou-se o modelo de política pública a ser seguida pelos profissionais de saúde que trabalham com essa população em situação de rua em concordância com as diretrizes da Atenção Básica (ROCHA, 2016).

Somado a isto, a Portaria do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes do CnaR, esclarece a atuação dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional como Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em saúde bucal, além de explicitar que a equipe trabalha com usuários em condição de vulnerabilidade social, e desloca-se até os locais onde vivem esses usuários (BRASIL, 2011).

Nesta ótica, para maior efetividade das ações em saúde para a população em condição de rua é necessária uma boa interação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de modo a oferecer melhores respostas à população, nesse sentido o CnaR tem como suporte para o atendimento dessa demanda a interação com uma unidade básica de saúde (UBS), hospitais públicos da cidade, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) entre outros, com o objetivo de garantir a assistência à saúde e outros procedimentos. Considerando que essa articulação com a RAS é possível depois de aprovada a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

Para atender tal demanda, se faz necessário que as ações ofertadas pela equipe de saúde sejam norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que estas propõem uma clínica ampliada, dentro de uma ética de cuidado integral, focada na promoção da saúde. Nesse sentido, o CnaR deve promover um atendimento diferenciado e humanizado para superação do modelo biomédico, caracterizando-se fundamentalmente por oferecer cuidados no próprio espaço da rua, respeitando o contexto sociocultural da população (BORYSOW, 2018)

Desse modo, por serem atividades desenvolvidas por meio de práticas democráticas e participativas discutidas entre os profissionais que compõe a equipe para o alcance de um objetivo comum, ou seja, um trabalho em equipe, dirigido a um público específico, emerge a necessidade do desenvolvimento de práticas integradas, respeitando todos os outros saberes que compõe a equipe multiprofissional (ROSA; SANTANA, 2018).

A equipe multiprofissional, seja de forma individual e/ou coletiva, empenha-se na prevenção de agravos, no diagnóstico, tratamento, na reabilitação e manutenção da saúde a esse público que se encontra a margem de cuidados. Assim as atividades desenvolvidas com eficiência e resolubilidade se fazem válidas e necessárias, tanto para o paciente quanto para a sociedade.

Emerge, então, a necessidade de conhecer sobre a efetividade das ações do CnaR, porta de entrada do SUS pouco conhecida pela população e por muitos profissionais da saúde do município de Imperatriz. Considerando o exposto, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção da equipe multiprofissional do CnaR do município de Imperatriz (MA) sobre a efetividade das ações promovidas aos usuários em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Metodologia

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. O local de estudo foi o CnaR do município de Imperatriz(MA), que tem como sede a UBS Três Poderes e desenvolve também suas atividades em instituições filantrópicas, públicas e organizações não-governamentais presentes na cidade como: Centro POP, Projeto Resgate; casa de Davi; casa de Ruth, Renascer Feminino, Renascer Masculino e Fazenda Esperança dentre outras. A pesquisa foi realizada no período de Janeiro a Maio de 2019. Segundo informações fornecidas junto à coordenação do programa a equipe atende cerca de 200 pacientes ao mês.

Foram incluídos profissionais atuantes da equipe de CnaR, de qualquer profissão, concursado ou contratado/seletivado, que atue no programa por mais de seis meses. A amostra foi então composta por seis profissionais que integram o CnaR. Ressalta-se que o profissional médico não foi incluído na amostra, por ter menos de seis meses de atuação na equipe.

Para a coleta dos dados, foi realizada entrevista semiestruturada, que foi gravada e posteriormente transcrita. Os dados foram analisados empregando o método de análise de conteúdo segundo Bardin (2011): Pré-análise, exploração dos dados, interpretação dos dados. Após a análise dos dados coletados, emergiram três categorias, que foram: I- Operacionalização das ações da equipe; II- Gerenciamento das ações da equipe III- Limitações e Desafios acerca do atendimento prestado.

Os sujeitos foram identificados pelo símbolo arábico “P” seguido de um numeral, garantido assim o anonimato e o sigilo das informações. Os aspectos éticos foram respeitados e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o parecer nº 3.053.779/2018.

Resultados

Sobre o perfil de vinculação e qualificação dos sujeitos 4 (66,7%) era contratado, a maior parte dos profissionais (5: 83.3%) afirmou não ter havido um critério prévio para ser incluído à equipe como: experiências anteriores, cursos prévios, facilidade em abordagem de populações de risco/marginalizadas entre outros; Referente ao tempo de atuação 4 (66.7%) atuavam há mais de 48 meses na equipe; entre os entrevistados apenas um (16,7%) relatou ter recibo algum treinamento para atuar na equipe, e 3 (50,0%) cursou alguma especialização.

I- Operacionalização das ações da equipe

Os sujeitos foram indagados sobre como eram elaboradas as ações para abordar a população atendida pela equipe do CnaR, nesta ótica relataram que as mesmas são majoritariamente conduzidas pelo diálogo e de forma gradual, como segue nas falas:

“[...] As estratégias são elaboradas com base nas experiências de abordagens anteriores observando o estado de drogadição, o local e a receptividade do paciente – (P1)”.

“[...] de forma sistemática, mas com flexibilidade dependendo da receptividade do usuário, sempre respeitando a vontade do mesmo, o seu tempo na construção do vínculo–(P4)”.

“[...] inicia normalmente com uma boa conversa com eles, se a gente já tem vínculo com eles né, então nessas situações fica mais fácil porque aí eles já nos conhecem [...] (P6) ”.

Diante do questionamento sobre a existência de prontuário de atendimento e anotações sobre a evolução do paciente, como é realizado o preenchimento e quais as dificuldades enfrentadas para o preenchimento, os profissionais referiram:

“[...] Sim, existe o prontuário! toda equipe é responsável pelo

preenchimento e para fins organizativos, apenas o médico não contribui, encontramos dificuldade de preencher em tempo real quando a abordagem é realizada na rua, as anotações costumam ser feitas quando retornamos ao polo base - (P1)".

"[...] todos os instrumentais preenchidos nas UBS é usado no CnaR, porém a falta de documentos e dados do paciente que muitas vezes se nega a falar, isso dificulta o preenchimento - (P4)".

"[...] Sim temos ele sim! Toda a equipe é responsável, no local a gente cole alguns dados dele, mas durante o nosso percurso de visita a gente vai recolhendo mais informações sobre o paciente - (P6)".

No que trata do sistema de referência e contra referência os sujeitos exprimem em suas falas as dificuldades encontradas em gerenciar esta logística, em tempo que também são enfáticos de como a mesma é realizada e as dificuldades encontradas, como segue em seus relatos:

"[...] Casos de HIV são referenciados ao DST/AIDS [...] sífilis são prescritos medicamentos pelo médico e é orientado a realizar a administração dos medicamentos nas UPAs ... a equipe permanece acompanhando e fazendo busca ativa quando os pacientes saem das instituições - (P1)".

"[...] com esse público isso não funciona porque primeiro eles não vão! porque geralmente eles não são bem atendidos, às vezes nem são recebidos, [...] eles fumam o papel, eles mesmo falam " não eu usei aquele papel para fumar um baseado", então a referência a gente leva esse paciente ao serviço, tá precisando de um Caps a gente leva ele lá - (P2)".

"[...] as unidades de alta complexidade são notificadas, mas o acompanhamento só é possível se o paciente estiver em uma comunidade terapêutica, na rua esse paciente se perde - (P3)".

II- Gerenciamento das ações da equipe

Como base na atuação do CnaR e por sua característica de UBS questionou-se sobre a avaliação dos resultados das ações baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, considerando a existência de transmissão ativa de algumas patologias, nesta conjuntura os participantes relataram:

"[...] os casos são avaliados durante todo o cuidado, através de debates e discussões entre os membros da equipe, informalmente antes, durante e depois da abordagem de determinado paciente - (P1)".

"[...] em reunião mensal, caso a caso - (P3)".

"[...] devido a rotatividade de lugares que nosso público frequenta, todo tratamento coexiste em medicamento dose única, ou administração diária dada pela equipe quando o paciente é achado, assim como injetáveis, internações em

urgência e emergência quando o mesmo aceita - (P4)”.

“[...] a gente sempre que começa um tratamento a gente sempre procura fazer e por que eles são moradores de rua então eles não tem um lugar fixo, e sempre que a gente começa um tratamento com morador de rua a gente vai até o fim, só que é como eu falei muitas vezes a dificuldade é porque eles não querem o tratamento – (P6)”.

Quando questionadas sobre como a equipe consegue ter efetividade de suas ações profiláticas e curativas para essa população os profissionais mencionaram:

“[...] através de acompanhamento constante, orientações e ações compartilhadas com outras instituições públicas e/ou filantrópicas - (P1)”.

“[...] mantendo a união entre a equipe, discutindo os problemas conjuntamente e formando opções de solução - (P2)”.

“[...] com redução de danos, e matriciamento dos casos - (P3)”.

“[...] na verdade trabalhamos de forma curativa, visto que o público já se encontra com vínculos rompidos e fragilizados, mas tentamos minimizar ao máximo as sequelas deixadas pela vida insalubre e mínima que eles têm [...] todo serviço oferecido em uma UBS é oferecido também pelo CNR - (P4)”.

A percepção de contribuição que cada profissional promove na resolutividade para o restabelecimento da saúde do paciente foi questionada. No ensino os sujeitos exprimiram em suas falas:

“[...] É difícil trabalhar com o conceito de resolutividade com esta população, isso porque os problemas encontrados vão além da oferta de saúde, engloba uma história socioeconômica, cultural e familiar muito complexa e que também precisa ser abordada. É possível tratar uma ferida na rua em um paciente com transtorno mental, por exemplo, porém incluí-lo em um atendimento especializado como o CAPS é quase impossível, comprometendo assim a resolutividade - (P1)”.

[...] Nós só conseguimos ter resolutividade quando nós abrimos mão dos nossos preconceitos dos nossos estereótipos, e tentamos mergulhar no mundo dessa pessoa - (P2)”.

[...] acredito que dentro do esperado do serviço social de garantir direitos e acesso a eles, desde que o indivíduo seja autor de sua própria história, disponibilizamos direitos como: Albergos, centro pop, consultas, passagens, encaminhamentos, escuta qualificada, entre outros - (P4)”.

Considerando a dinâmica de atendimento e os entraves que a equipe vivencia, os sujeitos foram questionados sobre a qualidade do atendimento prestado, e sobre esta temática relataram:

“[...] atualmente a qualidade está comprometida devido a descontinuidade do acompanhamento - (P1)”.

“[...] acredito sim que prestamos um serviço de qualidade, dentro da perspectiva de vida escolhida por esses pacientes - (P4)”.

“[...] não creio que temos uma qualidade tão boa, apesar de atendermos com abordagem acolhedora temos muitas dificuldades - (P5)”.

III- Desafios e limitações acerca do atendimento prestado

Por ser um atendimento diferenciado, quando questionados sobre eventualidades que impeçam a equipe de ir até o paciente, possibilitando a ocorrência da retomada/accompanhamento dos tratamentos dos pacientes em tratamento contínuo, os sujeitos neste viés relataram quais as saídas/outras possibilidades para fazer o mesmo, como segue:

“[...] a retomada é feita quando a equipe conseguir novamente o deslocamento. Porque atualmente não temos como nos deslocar até o paciente - (P1)”.

[...] a equipe sempre vai até o paciente, esse público não procura os postos de saúde - (P4)”.

“[...] na própria sede de atendimento do CnaR ou UBS quando ele se dispõe a fazer o tratamento - (P5)”.

“[...] as dificuldade é que eles sempre dão nome diferente, eles não querem que a gente faça muita pergunta né como eles devem a justiça então eles já tem receio, mas com o pessoal do CnaR eles já são de boa - (P6)”.

Diante das principais limitações que a equipe enfrenta para manter o cuidado e o tratamento dos pacientes, as falas citam:

“[...] temos muitas dificuldades como baixa adesão dos pacientes, o difícil acesso à rede de atenção à saúde e organização interna da equipe fragilizada - (P1)”.

“[...] limitações sociais e políticas, infraestrutura como locomoção que não temos há algum tempo e uma sede para a equipe - (P2)”.

“[...] insumos e locomoção - (P3)”.

“[...] tem um déficit muito grande na aderência do mesmo ao tratamento e o fator de medicamento, insumos, transporte e

outro” (P4)”.
“[...] Falta integração com a rede, garantia de direitos e mais apoio e comprometimento do poder público (P5)”.
“[...] A dificuldade seria deles mesmos que às vezes eles não aceitam um tratamento né... a gente vai marca a consulta vai atrás de medicação e eles não continuam o tratamento deles, a maior dificuldade nossa é essa - (P6)”.
Por fim, a partir do cotidiano de trabalho dos profissionais questionaram-se quais sugestões os sujeitos apontariam para melhorar as ações e/ou intervenções, como segue:
“[...] gestão interna mais próxima da equipe, continuidade do cuidado através da manutenção do transporte, pois a maioria dos pacientes precisa de deslocamento da equipe e organização do processo de trabalho - (P1)”.
“[...] reativar a 2ª equipe, para melhorar a amplitude do atendimento - (P3)”.
“[...] criação de banheiros públicos em locais acessíveis, residências terapêuticas, desburocratização do sistema para o acesso desses usuários aos serviços de saúde - (P4)”.
“[...] ter mais ações e ter mais força de vontade do gestor político, na visão da população o morador de rua ele é um discriminado ele não tem que ter vez na saúde e se a gente for pensar nisso a gente não vai fazer o bem e nem o nosso trabalho bem, então eu acho que teria que ter mais incentivo principalmente da parte política - (P6)”.
Discussão
Considerando os critérios para que os profissionais integrem a equipe o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que os profissionais que atuam na equipe do CnaR mantenham uma formação continuada direcionada para orientações das abordagens da saúde das pessoas em situação de rua de acordo com sua formação e atribuição, fundamentadas nas especificidades de saúde dessa população; aos Agentes Sociais é recomendado que tenham experiência e consigam integração e consigam convivência com tal população, facilitando a integração da equipe com essa população (BRASIL, 2013).
As estratégias desenvolvidas pela equipe do CnaR para abordagem dos sujeitos em situação de rua devem favorecer a criação de vínculo, respeito e confiança, que venham a maximizar a efetividade dos atendimentos, considerando que estas interações estabelecem relações de empatia e geralmente um dos membros da equipe se torna referência para os usuários do serviço (HALLAIS; BARROS, 2015).
O acolhimento realizado nos momentos de aproximação é fundamental, observando pressupostos que são necessários como o despojamento e a capacidade de compreender sem julgamentos e com respeito, estabelecendo limites (BRASIL, 2012).
Essas ações promovem uma relação afinada que visam reduzir danos, comunicando as intervenções dos profissionais da saúde, com objetivo de oferecer suporte social, acolhimento e mudanças para a população atendida pelo CnaR. Além disso, levanta questões/desafios que são enfrentados no cotidiano da população em situação de rua (ABREU; OLIVEIRA, 2016).

Dentro do contexto de prestação de atendimentos em saúde, seja em qual for a parte na rede de saúde é necessário o registro de informações, o que foi afirmado enfaticamente pelos sujeitos do estudo. O prontuário do paciente é essencial no atendimento à saúde dos indivíduos e deve conter informações necessárias que garantam continuidade dos tratamentos prestados, pois estas informações irão subsidiar a continuidade e registrar a evolução dos cuidados prestados, além de possibilitar a identificação de novos problemas/conduas diagnósticos e terapêuticas aplicadas (RONDINA; CANÊO; CAMPUS, 2016).

Cabe mencionar ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, que o prontuário deve acompanhar o paciente em todos os seus encaminhamentos na rede de atenção à saúde, visto que, deve conter o registro transcrito dos tratamentos, as condutas e os cuidados prestados, inclusive na atenção primária de saúde onde são usados de forma complementar juntamente com o registro de atendimentos através do Cartão Nacional de Saúde (CNS), que traz a possibilidade de compartilhar informações com os demais serviços de saúde (BRASIL, 2018).

Considerando as interlocuções, é perceptível que as maiores dificuldades encontradas pelos profissionais são a falta de articulação dos pacientes com os demais serviços prestados na rede de saúde, como mostrou estudo semelhante realizado na cidade de São Paulo (ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016), onde seus resultados demonstraram que a maioria da população em situação de rua no Brasil que apresenta ou adquire enfermidades/problemas de saúde, sejam elas crônicas, psiquiátricas ou infecciosas, não procuram serviços na rede de saúde e quando o fazem, procuram atendimento na emergência hospitalar e não realizando acompanhamento contínuo ou atividades para recuperação ou prevenção em saúde.

Referente à dificuldade de iniciar e prosseguir com tratamento, foi observado que a equipe busca continuamente tornar efetivas suas ações de cuidado e tratamento buscando a aceitação por parte dos pacientes. As ações da equipe do CnaR buscam incluir a população por eles atendidas, com esforços e adaptações em suas ações, nas ofertas de cuidado e atenção integral em saúde. Por sua vez, isto tem requerido certa desenvoltura dos profissionais de saúde para perceber, compreender e intervir a partir das singularidades desse grupo populacional, ampliando suas práticas para além do costumeiramente atendido no SUS (BRASIL, 2014)

As equipes do CnaR desenvolvem seus questionamentos, decisões e articulações para novas abordagens de forma coletiva na maioria das vezes em reuniões e com outros serviços de saúde para viabilizar o matriciamento e disseminação do cuidado (VAN WIJK, 2018).

É essencial que seja assegurado a população atendida pelo CnaR o acesso à saúde com resolubilidade e qualidade, abrangendo todos os níveis de atenção disponibilizados pelo SUS, procurando adaptar os meios de oferta nos serviços já existentes para atender esse público da melhor forma possível. Para tanto, é necessário facilitar atendimentos e ações preventivas a patologias, como AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, entre outras (KLAUMANN, 2015).

A falta de vínculo social, de perspectivas, de dificuldade de acesso à informação e a decadência de autoestima, é um desafio para as equipes do CnaR, as condições de adoecimento na saúde geral deste público são visíveis, principalmente em pacientes com doença mental, os danos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas reduz ainda mais a expectativa de emancipação social e econômica dessa população (OLIVEIRA, 2017).

Os processos que levam a maior efetividade das ações das políticas de saúde para os pacientes do CnaR estão atrelados ao enfoque nos problemas mais prevalentes, o que demonstra ser essencial a competência técnica e sensibilidade dos profissionais da equipe do CnaR em observar as dificuldades nas inter-relações entre os processos de adoecimento, cuidado e modos de vida na e da rua, ambiente natural da população por eles atendida (BALIEIRO; SOARES; VIEIRA, 2017).

É válido frisar que, atrelado a estes fatores e baseado no que é preconizado pelo Ministério da saúde do Brasil, a importância de associá-los com outro fator imprescindível que é a escuta qualificada do profissional de saúde a essa população que não tem por hábito aderir, sem resistências, os serviços de saúde (tratamento, internação e plano terapêutico) oferecidos e adequados a eles (BRASIL, 2012).

A possibilidade da prestação de serviços de qualidade pelo CnaR, a considerar estudo

realizado em capital do nordeste brasileiro onde foi possível observar ações com viés não limitadas ao curativo, oferecendo também suporte psicossocial no intento dos atendimentos transcenderam o biológico e trazer mudanças para a população (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Diante do relato dos profissionais, é fundamental que as políticas públicas sejam realmente intersetoriais e que viabilize as devidas adequações para que alcancem as pessoas em condição de rua com base em sua individualidade e respeitando as especificidades de cada paciente que se dá em função de sua condição de rua (BRASIL, 2015)

Nas dificuldades enfrentadas citadas, os profissionais afirmaram que apesar dos avanços alcançados no desenvolvimento do trabalho das equipes do CnaR, muitos entraves dificultam e fragilizam o cuidado de pessoas em situação de rua. Assim, para o Ministério da Saúde, adversidades como falta de documentação civil das pessoas atendidas, dificuldade de acesso e resolutividade aos serviços de saúde, rotatividade dos locais de permanência das pessoas em situação de rua, carência de serviços e equipamentos essenciais para atenção integral à saúde configura a incerteza de resolutividade efetiva para a saúde desta população (BRASIL, 2015).

Apesar das dificuldades existentes, a equipe do CnaR procura melhorar as condições de vida da população em situação de rua, encaminhando para abrigos por determinados períodos, mas prevalecem ações profiláticas e curativas que não prima por um processo de reinserção dessa população no meio social (SERAFINO; LUZ, 2015).

A falta de insumos e recursos são alguns dos fatores que limitam as ações da equipe prejudicando a efetividade das mesmas limitando a promoção dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como de ações profiláticas considerando as limitações como a dificuldade da continuidade do acompanhamento uma vez que o público alvo é rotativo, de grande circulação e pouca adesão, fazendo com que a logística e as intervenções das equipes sejam prejudicadas (SIMÕES et al., 2017).

As perspectivas e problemáticas encontradas pelas equipes do CnaR devem levar a um processo de organização dos processos de trabalho, com a concepção de novas abordagens junto aos usuários do serviço, tornando possível atender as demandas com equidade no acesso, dando visibilidade a esse grupo social, e no ensejo incorporar práticas sanitárias preventivas e promotoras de saúde (PAIVA et al., 2016)

De acordo com as falas dos sujeitos é possível perceber a insatisfação com setores públicos na disponibilização de insumos e logística, para promover uma atuação de qualidade e facilidade de articulação com as redes de assistência e serviços de atenção integral e continuada aos pacientes. Desse modo o Ministério da saúde do Brasil valida que para promover ações efetivas e contínuas que tragam mudanças significativas para o público atendidas o gestor municipal deverá disponibilizar veículo para deslocamento das equipes e também viabilizar insumos para o cuidado presencial à população de rua, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Menciona-se, nesse panorama, que às gestões municipais cabe a implementação dessas equipes em seus territórios, o que demanda diversas ações, como a contratação de profissionais, a aquisição de veículo automotivo (no caso do Consultório na Rua) e do imóvel (no caso do Centro Pop), além da coordenação do serviço no território, entre outras (BARBOSA, 2018).

Considerações finais

Os resultados do estudo demonstraram que os profissionais participantes percebem que as ações/intervenções nos atendimentos aos pacientes são pouco efetivas em virtude de características próprias dos indivíduos atendidos e problemas relacionados a insumos e demais necessidades que ainda não se encontram estruturados adequadamente para atender as demandas existentes dessas populações vulneráveis, a equipe ainda enfrenta obstáculo para que suas ações sejam de fato efetiva.

Na realidade dos profissionais, detectou-se efetivação das ações, mesmo com recusa nos atendimentos e/ou continuidade no tratamento por parte dos usuários evidenciou-se o uso de diálogo/escuta qualificada como ferramenta para fortalecimento do vínculo entre

equipe e paciente com propósito de tornar o paciente mais flexível na aderência dos serviços/cuidados prestados que lhes são necessários, tais condutas é o que promove a efetividade dos serviços oferecidos ao usuário.

Para os profissionais, o que dificulta o atendimento prestado, está ligado às problemáticas de financiamento material necessário aos atendimentos, entraves na articulação entre os locais de atendimento interligados a rede de saúde e falta de meios de transporte. Portanto todos esses agravantes comprometem a qualidade e efetividade das ações, tanto no ponto de vista dos profissionais pesquisados, como descritos na literatura regulamentadora das atividades desenvolvidas pelo CnaR.

Agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Referências

ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Caderno Saúde Pública**. N. 33, v. 2 e00196916. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00196916.pdf>. Acesso em: 15 jun 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 2011.

ALECRIM, T. F. A. et al . Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 5, p. 808-815, out. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500808&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 08 jun. 2019.

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev. Eletr. Enf. SP**. 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832781/33141-172511-4-pb.pdf>. Acesso em: 7 jun 2019.

BARBOSA, J. C. G. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. Brasília – DF. 2018. 129f. Dissertação (Mestrado) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília – DF, 2018. Acesso em: 23 mai 2019.

BORYSOW, Igor da Costa. **O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua**. 2018. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Acesso em: 23 mai 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS: Sistema com Coleta de Dados Simplificada**: CDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em: 04 jun 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria nº 2.517, de 11 de novembro de 2014 **Credencia Municípios a receberem incentivos referentes às equipes de Consultório na Rua, que compõe o Bloco da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2517_11_11_2014.html. Acesso em: 06 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cui

dato_populacao_ua.pdf. Acesso em: 18 mai 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde : cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas** / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SaberesePraticasnaAPS.pdf>. Acesso em: 7 mai 2019.

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ua.pdf. Acesso em: 10 mai 2019.

_____. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, Departamento de Atenção Básica. **Enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 04 abr 2019.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Regulamenta Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdfhtm>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012**. Define os critérios de calculo de numero Máximo de equipes de consultório na rua por município. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 jun 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 jun 2019.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00070515, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun 2019.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31,n.7,pp.1497-1504,2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2015000701497&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jun 2019.

KLAUMANN, A. R. **Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do centro pop de Rio do Sul/SC.Rio do Sul –SC.2015**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização).Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, Rio do Sul, 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>. Acesso em: 18 de Jun 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde**. São Paulo (SP): Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, V. A. **Ouvindo a população em situação de rua: Relatos de vivências em unidade de urgência e emergência de belo horizonte** - 2017. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hot-sites/Upload/Pics/4e/4e7a6dd3-f681-4742-aa91-ed0caac616ac.pdf>. Acesso em: 02 Mai 2019.

PAIVA, I. K. S. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.8, Disponível em: [ww.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 18 mai. 2019.

ROCHA, M. S. B. **Nuances do consultório na rua**. Goiânia- GO, 2016. 126f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia-GO, 2016.

RONDINA, J. M.; CANÊO, P. K. C.; CAMPOS, M. S. C. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no hospital de base de são José do Rio Preto. **Raihs**. v. 13 n. 1 (2016). Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/43-52>. Acesso em: 12 de jun. de 2019.

ROSA, A. S.; SANTANA, C. L. A. Consultório na Rua como boa pratica em Saúde Coletiva. **Ver. Bras. Enferm**, (supl1),501-2.2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0465.pdf. Acesso em: 20 mai. 2019.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. **Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate** R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00074.pdf>. Acesso em: 5 Jun 2019.

SILVA, R. et al. **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. (Orgs). – Sobral: Edições UVA, 2018. 305p.

SIMÕES, T. R. B. A. S. et al. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde debate**, v. 41, n. 114, p. 963-975, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000300963&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jun 2019.

VAN WIJK, L. B.; MANGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1042017000401130&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun 2019.

YIN, R. Estudo de Caso: **Planejamento e Métodos**. Porto Alegre (RS): Bookman editora, 2015.

Recebido em 27 de março de 2020.

Aceito em 18 de maio de 2021.