

# REVISTA FAROL

FACULDADE ROLIM DE MOURA

---

ISSN Eletrônico: **2525-5908**

[www.revistafarol.com.br](http://www.revistafarol.com.br)

ISSN Impresso: **1807-9660**

Vol. 10, Nº 10. 2020 - Julho

Contato: [revista@farol.edu.br](mailto:revista@farol.edu.br)

## **A EFETIVIDADE DO CONSULTÓRIO NA RUA MEDIANTE O ATENDIMENTO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Daiane Silva Lima

Emilly Barbosa Silva

Lorrainy Maciel Silvaeo

Thays Lohane Acácio Souza

Gilson Gomes Coelho

## A EFETIVIDADE DO CONSULTÓRIO NA RUA MEDIANTE O ATENDIMENTO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Daiane Silva Lima<sup>1</sup>  
Emily Barbosa Silva<sup>2</sup>  
Lorrainy Maciel Silvano<sup>3</sup>  
Thays Lohane Acácio Souza<sup>4</sup>  
Gilson Gomes Coelho<sup>5</sup>

**RESUMO:** O presente artigo é uma revisão de literatura que tem como objetivo discutir como surgiu e como é realizado as ações do Consultório na Rua. Para a elaboração do mesmo foi aproveitado vinte e dois artigos que foram publicados entre os anos de 1984 a 2018, que serviram como base para a construção deste trabalho. É discutido também a invisibilidade acerca dessa população e os tipos de violência que os mesmos sofrem; e como ocorre a estratégia de redução de danos dentro do Consultório na Rua. Relacionando-se a psicohigiene com a prática do psicólogo para com as pessoas em situação de rua.

**Palavras-chaves:** consultório na rua, população de rua, redução de danos, pessoas em situação de rua.

## EFFECTIVENESS OF STREET CONSULTING BY CARING FOR STREET POPULATION

**ABSTRACT:** This article is a literature review that aims to discuss how it emerged and how the actions of the Street Clinic are performed. For the elaboration of the same was used twenty-two articles that were published between the years 1984 to 2018, that served as basis for the construction of this work. The invisibility about this population and the types of violence they suffer are also discussed; and how the harm reduction strategy occurs within the Street Clinic. Relating to psychohygiene with the practice of the psychologist towards the homeless

**Keywords:** street office, homeless population, harm reduction, homeless people.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de uma de revisão de literatura que irá contemplar questões referentes ao cuidado de demandas no campo da saúde mental que perpassam pela prática do(a) psicólogo(a) no Consultório na Rua (Cnr). Um CnR é um serviço da Atenção Básica de Saúde, que tem por objetivo atuar de forma multidisciplinar e itinerante, a partir da política de redução de danos, rompendo com o paradigma de que o usuário que tem que ir atrás do serviço (SANTOS, 2016).

---

<sup>1</sup> Graduanda em psicologia da Faculdade Católica Dom Orione

<sup>2</sup> Graduanda em psicologia da Faculdade Católica Dom Orione

<sup>3</sup> Graduanda em psicologia da Faculdade Católica Dom Orione

<sup>4</sup> Graduanda em psicologia da Faculdade Católica Dom Orione

<sup>5</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, Professor na Faculdade Católica Dom Orione.

De acordo com Albuquerque (2014), ele surge como um dispositivo de cuidado em saúde fora dos muros institucionais, para poder atender meninas e meninos em situação de rua, usuários de drogas, que se encontravam em risco pessoal e social. Inicialmente, seu objetivo era a prevenção de uso excessivo de drogas e levantar demandas para encaminhamentos, mas, com o tempo, essas ações de atendimentos na rua foram sendo aumentadas através de uma assistência à saúde global destinadas as todas faixas etárias. Ou seja, no princípio, o objetivo era atender apenas crianças e só mais tarde que esse atendimento se estendeu para todas as idades.

Entre os profissionais da saúde designados para atuarem no Consultório na Rua, estão: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar em enfermagem, professor de educação física, profissional com formação em arte, profissional com formação em educação e terapeuta ocupacional (PORTARIA nº 1.029, 2014).

Conforme a Portaria nº 122, as normas de organização e funcionamento das equipes de CnR estão estabelecidas conforme as modalidades: Modalidade I – membros da equipe compostos por no mínimo quatro profissionais, com exceção do médico, sendo: dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio, Modalidade II – equipe formada por pelo menos seis profissionais, com exceção do médico, sendo: três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio, e Modalidade III – membros da equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

O CnR Para Cazanova (2012), é organizado a partir de planejamento, abordagem individual e coletiva, mapeamento e ação simultânea com a rede de Saúde e Assistência Social; acompanha internações, pré-alta e pós-alta. Além de incluir a população atendida aos serviços públicos de saúde, como a Rede de Saúde Mental, e Atenção Básica, Hospitais Gerais, serviços de assistência especializada em DST; reinserção escolar, social e familiar, promovendo também a promoção dos direitos e da cidadania da população usuária.

Cabe destacar que a população em situação de rua (PSR) cresce constantemente e com isso uma grande diversidade de pessoas, exemplo, os migrantes, pessoas trans, usuários de substâncias psicoativas, gestantes, crianças, adolescentes e idosos. Essa população está diariamente exposta as diversas formas de violência, são privadas de direitos fundamentais, não possuem privacidade, tem condições precárias de sono, alimentação e higiene, devido essa situação sua autoestima se torna baixa, perdem as esperanças, vínculos sociais são

rompidos ou fragilizados, por conta dessa situação acessar os serviços de saúde e de seguir eventuais projetos terapêuticos se tornam muito difícil (ROSA e SANTANA, 2018).

A visibilidade e a invisibilidade dessa população em situação de rua, é caracterizada em um processo em que ambos coexistem e tensionam o espaço no mesmo momento, além disso, a invisibilidade é por muitas vezes o resultado do medo dos demais habitantes da cidade e por não terem uma moradia fixa/convencional eles acabam por desenvolver de maneira criativas um local para morar, exemplo, casas feitas de papelão ou ripas de madeira (SICARI, 2018). Por meio dessas atitudes pode-se notar que apesar de está em situação de rua essas pessoas não deixam de sonhar em ter uma casa e uma condição melhor de vida.

Tendo em vista os aspectos apresentados, o presente artigo visa desenvolver uma análise acerca de como ocorre o atendimento psicológico fornecido nos consultórios de rua, bem como o seu planejamento, metodologia e efetividade mediante ao trabalho multiprofissional realizado para com a população em situação de rua.

## 2 METODOLOGIA

O presente artigo é uma revisão de literatura que foi feita com base na leitura de vinte e seis artigos que discorrem sobre (PSR) População em Situação de Rua e (CR) Consultório de Rua e atuação psicológica. Objetivando uma ampla visão acerca do tema, de acordo as diferentes áreas de conhecimento das produções científicas citadas.

Tabela 1 - Contribuição da psicologia para o estudo com pessoas em situação de rua

AUTORES	ANO	PALAVRA-CHAVE	PROPOSTA
José Bleger	1984		. Psicohigiene e psicologia institucional
Mírian Gracie Plena Nunes de Oliveira	2009	Saúde Pública; Drogas-Consumo; Crianças de rua; Sistema de Saúde.	Consultório de rua: Relato de uma experiência.
Ricardo Flores Cazanova	2012	Drogas; Integralidade; Consultório de Rua; SUS.	A integralidade na fonte do consultório de rua do sus.
Maria Eniana Araújo Gomes Pacheco	2013	Redução de Danos; Drogas; Projeto Consultório de Rua; Território; Cuidado em Saúde.	Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: Práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em fortaleza,

ceará

Mário Francis Petry Londero; Ricardo Burg Ceccim; Fernando Silva Bilibio	2013	Consultório na rua; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção Básica à Saúde; Moradores de rua.	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde.
Leonardo Trápaga Abib; José Geraldo Soares Damico	2014	Consultório na rua; Educação Física; Cartografia; Integralidade.	Possibilidades de composição de uma equipe em consultório na rua.
Leonardo Trápaga Abib	2014	Consultório na Rua; População em situação de rua; Políticas para usuários de drogas; Clínica menor.	Crônicas urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias
Sander Cavalcante de Albuquerque	2014	Vulnerabilidade; Pessoas em situação de rua; Consultório na rua; Políticas de saúde; Redução de danos.	Cuidado em saúde frente às vulnerabilidade: Práticas do consultório na rua.
Laila Oliveira Louzada	2015	Atenção Primária em Saúde; Cuidado; População em Situação de Rua; Clínica; Território.	“Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais”
Cíntia Priscila da Silva Ferreira	2015	Enfermagem; População de Rua; Avaliação dos Serviços de saúde; Pesquisa qualitativa,	Consultório de rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua.
Lorena de Melo Santos	2016	Consultório de rua; consultório na rua; população em situação de rua; drogas.	Consultório de/na rua: desafios na atenção à população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas.
Anna Carolina Vidal Matos	2016	Consultórios de rua; População em situação de rua; Questões sociais; Direito à saúde; atenção básica.	A atuação dos consultórios de rua (CNAR) e a atenção a saúde da população em situação de rua.
Carla Félix dos Santos	2016	Consultório na rua; Rede de atenção psicossocial; Rede de atenção básica; Moradores de rua; Educação e promoção da saúde.	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto

Elyne Montenegro Engstrom; Mirna Barros Teixeira	2016	Atenção Primária à Saúde; População em situação de rua; Vulnerabilidade; Cuidado; Redução de danos.	Equipe “Consultório na Rua” de Mangueiras, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.
Mariane de Souza Benjamin Rocha	2016	Desigualdade em saúde; Políticas públicas; Atenção primária à saúde.	Nuances do consultório na rua
Marconi Costa Pereira da Silva	2016	Consultório na rua; Atenção Básica de saúde; Equipe multiprofissional.	A experiência de implementação de uma Equipe de Consultório na Rua no Distrito Sanitário de Itapagipe em Salvador-Ba.
Élisson Rodrigues Marques; Marco Aurélio Ninômia Passos	2017	Atenção básica; Consultório na rua; População em situação de rua.	Identificação de fatores que interferem na prática do enfermeiro das equipes de consultório na rua na atenção básica.
Deivid de Abreu	2017		Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida.
Lisiane Aguiar Henrique	2017	População em situação de rua; Identidade pessoal e social; Projeto; Superação; Interação social; Hierarquização; Dimensões da sustentabilidade.	Construção da identidade a partir da sustentabilidade: um projeto à população em situação de rua
Tatiana do Rego de Bonis Almeida Simões; Maria Cristina Ventura Couto; Lilian Miranda; Pedro Gabriel Godinho Delgado	2017	Pessoas em situação de rua; Usuários de drogas; Saúde mental; Atenção Primária à Saúde.	Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso.
Andressa Hoffmann Pinto; Vivian Costa Fermo; Caroline Cechinel Peiter; Vanessa Martinhago Borges Fernandes; Ivonete Teresinha Schülter Buss	2018	Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Vulnerabilidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Enfermagem em Saúde Pública.	Determinantes sociais, Equidade e Consultório na rua.

Heideman			
Anderson da Silva RosaI; Carmen Lúcia Albuquerque de SantanaI	2018		Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva.
Aline Amaral Sicari	2018	Pessoas em situação de rua; Cidade; Invisibilidade; Movimento Nacional de População de Rua.	A cidade, a rua, as pessoas em situação de rua: (in)visibilidades e a luta por direitos.
Igor da Costa Borysov	2018	Pessoas em situação de rua; Atenção primária à saúde; sociogênese; Avaliação em saúde; Serviços de saúde; Equidade em saúde.	O consultório de rua e a atenção básica à população em situação de rua.
Aléxa Rodrigues do Vale	2018	Itinerário terapêutico; Sem-Teto; Assistência à saúde; Redes sociais.	Tecendo redes de produção de cuidado: Itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua em um município de pequeno porte.

### 3 DESENVOLVIMENTO

De acordo com Rosa e Santana (2018), a vida na rua tem se tornado realidade para inúmeros brasileiros todos os anos e essa diversidade é composta por vários grupo que inclui os migrantes, mulheres grávidas, pessoas trans, crianças, jovens, idosos, usuários de substâncias psicoativas, hippies, ex-presidiário, desempregados etc. Os ocupantes da rua tem diversas motivações para estarem ali ao longo da história, dos dias e da vida que se pode levar em sociedade, não se trata de um acontecimento recente ou apenas de fatores socioeconômicos concedido à exclusão social (SANTOS, 2016).

De acordo com Marques (2017), a falta de uma infraestrutura adequada para que ocorra os atendimentos, como uma parede, uma mesa ou teto, culminam para que os atendimentos terminem sendo feitos à luz do sol, no vento, frio, calor, sujeira, mau cheiro das ruas, e, às vezes, por vezes sendo executados em rodas de uso de drogas e na chuva. As pessoas em situação de rua estão vulneráveis aos vários tipo de violência, sendo elas verbais, físicas ou psicológicas, além disso, até a década de 80, o estado não se responsabilizava em amparar, cuidar ou possibilitar outras condições de vida para essas pessoas, apenas em 2009 foi instituído a Política Nacional para a PSR, porém não se tinha uma estratégia para retirar essas pessoas da rua (ROSA E SANTANA, 2018).

Segundo Marques (2017), A população em situação de rua está exposta a diversas formas de vulnerabilidade como: exposição ao sereno, condições insalubres e alimentação irregular, bem como métodos repressivos e punitivos utilizados pelas políticas da segurança pública com intuito higienizador. Dando-se destaque aos noticiários que mostram pessoas em situação de rua sendo agredidas por guardas, corroborando para a visão de que a população em situação de rua representa perigo a segurança da população em geral.

O primeiro CnR surgiu no ano de 1999 na Bahia, seu projeto piloto visava retirar as crianças e adolescentes que se encontravam em situação de rua sob o uso de substâncias entorpecentes essa experiência aconteceu no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, em 2004 um CnR foi implantado no primeiro Centro de Atendimento Psicossocial para o tratamento de Álcool e Drogas de Salvador, à partir disso surgiu outros programas que visavam ajudar essa população, como o Programas Saúde da Família sem Domicílio e a Equipe de Saúde da Família para PSR (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2013).

O CnR faz parte de uma unidade de atendimento básico que possui uma equipe multiprofissional, os profissionais habilitados para essa atuação são: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar em enfermagem, professor (profissional) de educação física, profissional com formação em arte, profissional com formação em educação e terapeuta ocupacional (SANTOS, 2016). O sucesso com os consultórios se deu através da insistência dos profissionais para construir formas de cuidar que por várias vezes ultrapassam as barreiras institucionais do sistema de saúde da ausência de articulação setorial entre as políticas públicas (ROSA; SANTANA, 2018).

Segundo Londero, Ceccim e Bilibio (2013), a PSR são extremamente marginalizada pela sociedade pois são vistas como drogadas, pessoas perigosas que roubam e matam, e por alguns como vítimas, além disso, inicialmente no CnR a prática utilizada para intervir no uso das drogas não correspondia à realidade dessas pessoas, no primeiro modelo de tratamento as pessoas tinham que aceitar o que eram dito à elas, havia uma internação compulsória, com o tempo notaram que se elas realmente não quiserem largar seus vícios de nada adiantaria aquela intervenção, por conta disso, criou-se um modelo mais participativo onde os profissionais junto à essa população tentaria compreender o conjuntos de necessidades desse público e identificar os problemas e critérios de abordagem.

A impossibilidade de mobilidade social e o estigma que sofrem os pacientes, mostraram-se como os principais desestimulantes no processo de recuperação de abstinência de drogas,

outras dificuldades apresentadas é a re-inserção do paciente no ambiente familiar, ou seja, a relutância da família em aceitá-los em casa, e a inviabilidade de mudanças efetivas no contexto financeiro, o que torna ainda mais dificultosa a recuperação daqueles que pretendem continuar com o processo de abstinência e para aqueles que buscam diminuir o consumo, tornando propício o regresso a situação anterior. (OLIVEIRA, 2009).

De acordo com Santos (2016), Além de condições como a falta de reconhecimento social e de alcance aos direitos básicos de sobrevivência, dignidade humana e cidadania, assim como a carência das relações familiares e sociais, embora haja vínculos criados a partir da vivência na rua e a existência de famílias na rua. Estando nas ruas homens, mulheres, crianças, idosos, o “viver na rua” pode não pode ser simplesmente reduzido a não possuir dinheiro ou bens, pois uma parte dessa população obtém seu sustento a partir desse ambiente.

Deve-se levar em consideração que a PSR, além da condição violadora dos direitos humanos, vivem um processo de estigmatizante de uma identidade cristalizada de marginalização. Sendo esta, uma construção cultural, vive-se a concepção do lixo social para as instituições. Sistema cruel que desconsidera a diversidades de motivos que levam essas pessoas à essa condição de vida (BORYSOW,2018).

Segundo Abib e Damico (2013), a atual rede de serviço disponível para cuidar das pessoas em situação de rua possibilita um cuidado que orienta e respeita os modos de circulação pelas ruas, sua história, sua forma de construir sua vida e de residir na cidade, em 2011 o nome Consultório de Rua mudou para Consultório na Rua, essa alteração pretendia mudar a maneira como vinham agindo, “capturando” e internando as pessoas que eram vistas como problemática e colocadas em instituições privadas que lucravam com os usuários de drogas, essa mudança no nome veio para tornar os consultórios na rua se tornem mais acolhedores e que possam atender às diversas demandas apresentadas pela população de rua de maneira que esses usuários se sintam amparados, além disso deve trabalhar na perspectiva da redução de danos em conjunto com os demais serviços da rede do SUS - Sistema Único de Saúde.

A redução de danos é uma estratégia que foi adotada pelo Ministério da Saúde, em 1994, como princípio de prevenção da DSTs, AIDS e hepatites entre os usuários de drogas injetáveis. A redução de danos é uma lógica de atuação que observa o fenômeno das substâncias psicoativas em sua complexidade, preocupando-se em entender o indivíduo dentro de uma totalidade sócio-histórica. (MATOS, 2016)

A Situação de rua pode durar períodos variados por falta de habitação e está ligado à pobreza, à deterioração dos vínculos familiares e sociais e por conta da ruptura com o trabalho formal. O fato de submeter-se à rua como local de vivência, retrata além das dificuldades das pessoas no enfrentamento dos seus problemas emocionais, financeiros e sociais, e ainda se apresentando como busca de meios e soluções para tais questões. (BORYSOW,2018).

O autor esclarece ainda sobre a nomenclatura PSR.

O termo “pessoas em situação de rua” substitui a expressão “morador de rua” o que indicava parte do fenômeno (apenas quem mora na rua sem habitação própria). A nova nomenclatura agrega desde as pessoas que realmente moram na rua, quanto aquelas que vivem da rua utilizando-a como recurso de sobrevivência, como andarilhos, hippie, e que contam com algum tipo de habitação própria.

Para Sicari (2018), a pessoa em situação de rua sofrem com visibilidade e à invisibilidade, essa situação se caracteriza a partir de uma comunicação, em um processo no qual ambos coexistem e tensionam o espaço no mesmo momento, além disso, permanecer e dormir em locais sem ser notado é uma estratégia adotada pelas pessoas em situação de rua para que diminua a relação ofensiva com os demais habitantes da cidade e com o poder público, que conduz ações de retiradas de pessoas que estão ocupando os espaços públicos visíveis, essas ações são em sua maioria ações de limpeza urbana, higienista e de gentrificação que acontecem sem consultar ou avisar essas pessoas, que conseqüentemente tem seus direitos constitucional totalmente violados.

Engstrom e Teixeira (2016), dizem que o psicólogo atua em seu nível específico da saúde mental sendo um grande articulador dos dispositivos da rede psicossocial do seu território. E de acordo com Bleger (1984), o psicólogo dentro dessa instituição irá trabalhar com a psicohigiene prevenindo o falecimento psíquico, promovendo saúde e um lugar de escuta para os funcionários, no CnR, o psicólogo irá acolher essa população que tiveram seus direitos violados e junto com os demais profissionais, ajudar essas pessoas a reivindicar seus direitos.

Por conta disso, é muito comum ver PSR dormindo em lugares escondidos como becos ou em locais considerados perigosos para a sociedade que para essas são tidos como locais possíveis e “seguros”, ainda que enfrente a esse medo muitas dessas pessoas tentam de maneira criativa desenvolver uma moradia com aquilo que é encontrado na rua, que vai desde barracas velhas e papelão, a pedaços de madeira, com isso elas conseguem transmitir à quem ver seu desejo de ter um local que possa chamar de casa (SICARI, 2018).

De acordo com Borysow (2018), o termo “lar” vai além das questões físicas e materiais de uma moradia, trata-se também da experiência de pertencimento social, da segurança e do bem estar. Com isso, compreende-se que entre as pessoas em situação de rua há as pessoas que se encontram nessa condição por não considerarem suas casas como seus lares e há ainda os que considerem lar os albergues, assim como há também as que não consideram.

O CnR apresenta práticas de cuidado em atenção básica que visa ampliar o acesso e o acolhimento das pessoas em situação de rua, essa população tem aumentado devido alguns fatores como a concentração de pessoas nos grandes centros, o acúmulo de riqueza no mundo capitalista e pelo aumento de desemprego (SANTOS, 2016).

Louzada (2015), afirma que os CnR não devem ser os únicos meios de atenção básica que garanta o cuidado com a população em situação de rua, e que é necessário as discussões para criação de outras equipes específicas que atenda essa população e torne o sistema de saúde mais equilibrado, além disso, a rua deve ser vista como um território de relação e de vidas das pessoas, onde o profissional irá experimentar uma nova realidade que a partir dela poderá adquirir outra forma de olhar para as novas competências profissionais que surgem para os consultórios de rua, o conceito é fugir da representação da vigilância epidemiológica e da clínica psiquiátrica.

No que diz respeito à composição da equipe no consultório de rua é importante dar destaque a algumas mudanças que tiveram que ser feitas para que o CnR deixasse de ter a imagem vinculada apenas às políticas de saúde mental e atenção integral aos usuários de drogas, os CnR devem trabalhar na perspectiva de redução de dano e trabalhar em conjunto com os demais serviços da rede SUS, por conta disso, os consultórios na rua devem ter uma equipe multiprofissional em oposição ao modelo médico-centrado (ABIB e DAMICO, 2013).

Londero, Ceccim e Bilibio (2013), falam da produção do cuidado e um dos diversos programas realizados para amparar a PSR, o Grupo Hospitalar de Conceição - GHC- convida os trabalhadores da linha de cuidado da saúde mental para a preparação e execução do projeto de um Centro de Atenção em Álcool e outras Drogas, nas primeiras intervenções foi notado a necessidade de cuidado com a saúde de maneira geral, não apenas para o tratamento de álcool e drogas, por conta disso, o CR-GHC oferta para seus usuários, um serviço aberto e de demanda espontânea, prezando o acolhimento para as pessoas em situação que estão necessitando, esse acolhimento e atendimento são realizados onde não há paredes nem mesas, em locais movimentados, no sol, no vento, na chuva, no frio ou no calor, onde há sujeira e

odor forte, são feitas rodas de conversas onde os profissionais se deparam com histórias de vida em contextos angustiantes no seu próprio desenrolar.

De acordo com Santos (2016), à atividade da equipe do CnR não se detém apenas nas abordagem de rua, sempre que houve algumas necessidade e, com a vontade do usuário, os trabalhadores do consultório podem fazer à inserção para que haja uma efetivação do projeto terapêutico individual, prevenindo e reduzindo danos, relacionados ou não ao uso de substâncias psicoativas, os consultórios de rua tem uma característica marcante que é abordar os usuários no local em que eles se encontram, por conta disso a equipe deve contribuir facilitando seu acesso à rede de serviços do município. oferecendo proteção à cidadania, dignidade e incentive seus desejos de ter uma melhor qualidade de vida.

Santos (2016) averiguou em sua pesquisa que o CnR mostra-se não só como uma opção, mas também uma estratégia de reorganização e inclusão da população de rua a atenção básica e saúde mental, onde averigua-se que muitos não se sentem usuários do SUS por não possuírem alcance ao serviço. A equipe mostra-se preocupada com a criação de vínculos com a população, adaptando-se aos vocabulários e símbolos utilizados pelos mesmos.

Simões et al (2017) levantam um questionamento acerca da efetividade dos CnR em relação ao acompanhamento de pessoas em situação de rua que são dependentes químicos. Para responder essa questão, colheu-se relatos de três consultórios de rua, nos quais observou-se, que todos possuíam algumas características similares, como terem dado início aos seus atendimentos a partir do CR, e serem ligados a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e possuindo profissionais especializados em redução de danos em suas equipes, ao se tornarem CnR os especialistas em redução de danos foram substituídos por agentes sociais, houve uma melhora nos recursos disponibilizados e fora cedido carro, apesar das similaridades os consultórios o trabalho fornecido pelos mesmos se divergia a partir da demanda existente em cada município. De acordo com esse estudo foi possível identificar que, ao mesmo tempo em que os consultórios de rua são vistos como facilitadores do acesso da população em situação de vulnerabilidade as Unidades Básicas de Saúde (UBS), também constatou-se que há a falta de especialização da equipe em relação ao acolhimento dessa população, que termina sendo adquirido por meio da experiência, na qual o atendimento termina sendo defasado.

No que diz respeito à redução de danos à usuários de substâncias psicoativas, de acordo com Pacheco (2013), às medidas utilizadas inicialmente eram práticas violentas e punitivas, apenas em 1999, após vários experiências quanto ao controle de dano, no Rio

Grande do Sul, surge uma política de educação a prevenção e atenção aos usuários de drogas, porém apenas em 2001 o SUS passa a garantir cuidado à pessoas com transtornos decorrentes do álcool e outras substâncias psicoativas. As universidades estiveram desde o início envolvidas na busca por políticas de redução, nessas instituições se encontravam pesquisadores que desenvolviam práticas de redução de danos enquanto pesquisa de extensão, além disso, nos projetos iniciais de redução de danos os agentes de saúde eram responsáveis por informar a população em geral, mas principalmente aos usuários, sobre os riscos da AIDS e das drogas, os agentes comunitários que por sua vez eram formados em sua grande maioria por ex-usuários, formavam uma rede de saúde na comunidade e atuavam como agentes de saúde e desenvolviam práticas em saúde na perspectiva da redução de danos.

Com o CnR foram observadas algumas evoluções pertinentes às políticas públicas de saúde voltadas para a população em situação de vulnerabilidade, devido a visibilidade dada a essa população e a facilitação do acesso à saúde, sendo considerado como um “sub-SUS” (SIMÕES et al, 2017).

As condições complexas que se apresentam nos centros urbanos, trazem diversos impedimentos ao SUS no que se refere ao alcance da equidade, base que constitui as políticas públicas, como da Promoção da Saúde e da Atenção Primária à Saúde. Essa população possui direito à cidadania, assim como a garantia atenção à saúde. Para instituir as características da APS é necessário que os Consultórios de Rua criem mecanismos de trabalho que instiguem de forma criativa, inovadora, radical e singular e atendam as necessidades dos seus usuários. (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Levando em consideração os assuntos expostos, e com base nas reflexões tomadas a partir do referencial teórico, percebe-se a importância da criação do CnR e do trabalho desenvolvido com a população em situação de rua. Entende-se que esta é uma realidade de diversos indivíduos, e que estas pessoas encontram-se em constante situação de risco, suscetíveis a qualquer tipo de violência, tanto física quanto psicológica.

Destaca-se alguns empecilhos que dificultam a atuação das equipes do CnR, como os riscos aos quais os profissionais ficam submetidos ao se deslocarem até os usuários, devido as áreas de risco que normalmente são frequentadas pela população de rua, a falta de perspectiva de vida, e a ausência dos relacionamentos familiares e sociais, bem como o exposto por

Simões et al, a falta de preparo dos profissionais, tanto em lidar quanto realizar o atendimento dessa população, realizando assim, um atendimento inadequado.

Por outro lado entende-se que estas dificuldades variam de acordo com a equipe e o Município/local em que os CnRs estão instaurados, Santos enfatiza essa questão ao falar sobre o engajamento e o cuidado da equipe na qual trabalhou para com os usuários do serviço, que iam desde os vínculos criados a partir do contato com essa população, a aderência ao linguajar utilizado pela população e aos sinais da mesma.

Ao que se refere a atuação do profissional da área da psicologia, compreende-se o mesmo é de bastante relevância, tendo em vista que dentro do CnR poderá atuar pautado na psicohigiene de Bleger, ao trabalhar seu método de observação ou seja, o psicólogo sai do ambiente privado (clínica) e abre portas para o trabalho em grupos, empresas, instituições etc, assim, promovendo saúde para os funcionários e acolhendo a PSR que tiveram seus direitos violados, ajudando-o a reivindicar seus direitos.

Diante também dos pontos tratados, entende-se o que CnR é uma ótima forma de disponibilizar as PSR serviços da atenção básica de saúde, ao qual muitos não têm acesso, que é imprescindível a necessidade do profissional psicólogo neste dispositivo, e que o CnR só funciona e é de fato efetivo a partir do empenho, especialização e colaboração da equipe multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. **Crônicas Urbanas: Consultório na Rua, População em Situação de Rua, Clínica Menor e outras Histórias**. Orientador: José Geraldo Soares Damico. 2014. 151f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2014.

ABIB, L. T.; DAMICO, J. G. S. Possibilidades de Composição de uma equipe de Consultório na Rua. **Revista Didática Sistêmica**. p. 97-111. Porto Alegre, 2013.

ALBUQUERQUE, S. C. **Cuidado em Saúde Frente às Vulnerabilidades: Práticas do Consultório de Rua**. Orientadora: Maria Cristina Gonçalves Vicentin. 2014. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.029, de 20 de maio de 2014, que amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 2014, p.55.

BLEGER, José. **Psicohigiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes médicas, 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)> Acesso em:  
26 de nov. 2019.

CAZANOVA, R. F.. **A Integralidade na Fonte do Consultório de Rua no SUS**.  
Orientadora: Leonia Capaverde Bulla. 2012. 151f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)  
- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Porto  
Alegre, 2012.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “consultório na rua” de Manguinhos, Rio de  
Janeiro, Brasil: práticas de cuidados e promoção de saúde em um território vulnerável.  
**Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016.

HENRIQUE, L. A. **Construção da Identidade a Partir da Sustentabilidade**: um projeto à  
população em situação de rua. Orientador: João Batista Moreira Pinto. 2017. 202f.  
Dissertação (Mestrado em Direito) - Escola Superior Dom Helder Câmara, Belo Horizonte,  
2017.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, K. F. S. Consultório de/na rua: desafio para  
um cuidado em verso na saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**. Porto Alegre,  
2014.

LOUZADA, L. O. **Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do  
RJ**: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais.  
Orientadora: Elyne Montenegro Egstrom. 2015. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde  
Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MARQUES, É. R.; PASSOS, M. A. N. Identificação de Fatores que Interferem na Prática do  
Enfermeiro das Equipes de Consultório na Rua na Atenção Básica. **Revista Brasileira de  
Pesquisa em Ciências da Saúde**. p. 52-61, mar. 2016.

MATOS, A. C. V. A Atuação dos Consultório na Rua (CNAR) e a atenção à Saúde da  
População em Situação de Rua. Orientadora: Isabel Fernandes de Oliveira. 2016. 173f.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
NaTAL, 2016.

MÍRIAN, G. P. N. O. **Consultório de Rua**: Relato de uma experiência. Orientadora: Mônica  
de Oliveira Nunes de Torrenté. 2009. 17f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -  
Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N.  
de Oliveira, 2009. 151f. Dissertação (mestrado) –Instituto de Saúde Coletiva, Universidade  
Federal da Bahia. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

PACHECO, M. E. A. G. **Política de Redução de Danos a Usuários de Substâncias  
Psicoativas**: Práticas Terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará.

Orientador: João Tadeu de Andrade. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

ROSA, A. S.; SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, 2018.

ROCHA, M. S. B. **Núcleos do Consultório na Rua**. Orientadora: Edsaura Maria Pereira. Coorientadora: Mary Anne de Souza Alves França. 2016. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Goiás, Goiânia, 2016.

SANTOS, C. F. **ENCONTROS NA RUA**: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. Orientador: Ricardo Burg Ceccim. 2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletivo) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SANTOS, L. M. **Consultório de/na Rua**: Desafios na Atenção à População em Situação de Rua Usuária de Álcool e Outras Drogas. Orientadora: Carla Pintas Marques. 2016. 106f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de graduação em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SIMÕES, T. R. B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, P. G. G. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, jul-set. 2017.

SICARI, A. A. **A cidade, a rua, as pessoas em situação de rua**: (in)visibilidades e luta por direito. Orientadora: Andréa Vieira Zanella. 2018. 227f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2018.

---

Recebido para publicação em dezembro de 2019.  
Aprovado para publicação em julho de 2020.

---