

# A vivência na atuação do Consultório na rua, no município de Volta Redonda, região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

The experience in the performance of the Consultório na rua, in the municipality of Volta Redonda, in the southern region of the state of Rio de Janeiro

Filipe Rocha Xavier  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
filipe.rx@hotmail.com

Murilo Afonso Goltara  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
murilo.goltara@hotmail.com

## RESUMO

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, no Brasil, cerca de 221.869 pessoas se encontravam em situação de rua no ano de 2020. Uma parcela da população que possui características plurais e expostas a situações de perigo dentro do contexto de segurança pessoal, saúde e direitos. Pensando-se nisso foram desenvolvidas políticas públicas direcionadas ao auxílio dessas pessoas, como a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua em maio de 2008 e os grupos itinerantes Consultórios na Rua, nessa mesma política no ano de 2009. Em busca de um melhor entendimento e atuação dessa estratégia de cuidado, foi proposto um relato de caso vivenciado pelos acadêmicos de Medicina no município de Volta Redonda, Região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Concluindo-se que embora exista múltiplos limitantes para sua execução, há um impacto significativo neste município em decorrência dos esforços e assistência oferecidos pelo Consultório da Rua, que garante qualidade em assistência à saúde e direitos básicos a essa população.

**Palavras-chave:** População em situação de rua; Consultórios na Rua; políticas públicas.

## ABSTRACT

According to the Institute of Applied Economic Research, in Brazil, about 221,869 people were homeless in 2020. A portion of the population that has plural characteristics and is exposed to dangerous situations within the context of personal security, health and rights. With this in mind, public policies were developed aimed at helping these people, such as the National Policy for Social Inclusion of the Homeless Population in May 2008 and the itinerant groups "Consultórios na Rua", in the same policy in 2009. In search of a better understanding and performance of this care strategy, it was proposed a case report experienced by medical students in the municipality of Volta Redonda, in the Southern Region of the State of Rio de Janeiro, Brazil. Concluding that although there are multiple limitations for its execution, there is a significant impact in this municipality as a result of the efforts and assistance offered by "Consultórios da Rua", which guarantees quality in health care and basic rights to this population..

**Keywords:** Homeless population; Consultório na Rua; public policy

## 1 CONTEXTO

Identifica-se como sendo a “população em situação de rua”, de acordo com a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, de maio de 2008, e elaborada a partir de Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, a parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades. À vista disso, apesar destes indivíduos, em comum, estabelecerem o espaço da rua como seu palco de relações privadas, esses relacionam-se com a rua segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, dos quais citam-se os vínculos familiares, comunitários e institucionais, os quais podem estar presentes ou não (BRASIL, 2008b).

Os Consultórios na Rua (CnaR) são grupos itinerantes multidisciplinares que foram instituídos por meio do Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), e o Ministério da Saúde Pública a Portaria nº. 122, a Política Nacional de Atenção Básica, em 25 de janeiro de 2011, visando a promoção do acesso e integralidade do cuidado a População em Situação de Rua (PSR).

Esse grupo social possui grande heterogeneidade e fatores de vulnerabilidade no campo da saúde física, mental e social, impactando negativamente na própria dignidade humana. Dessa maneira, segundo Simões et al. (2017) o conhecimento de suas demandas é fundamental para articulação de ações que são integradas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, possuem relação com outras esferas de atendimento da atenção primária como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPs) e ao atendimento terciário pelos Centros de Urgência/Emergência de acordo com as necessidades das pessoas assistidas (BRASIL, 2012a).

Os principais problemas de saúde se relacionam a situações das quais essa população é exposta como: deterioração da saúde mental, contato facilitado ao consumo de substâncias e a criminalidade, precariedade da higiene pessoal, exposição ao ato sexual desprotegido etc. Sendo assim, nos deparamos com pessoas que necessitam de um olhar integral e multidisciplinar, visando a solução e suporte dessas demandas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

As equipes dos Consultórios na Rua são divididas em três modalidades que se relacionam a sua composição:

- MODALIDADE I – 4 Profissionais (2 Nível superior) + (2 Nível Médio)
- MODALIDADE II – 6 Profissionais (3 Nível superior) + (3 Nível Médio)
- MODALIDADE III – MODALIDADE II + PROFISSIONAL MÉDICO

De acordo com o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a população em situação de rua, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), a equipe poderá ser formada por: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio. O Agente Social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (BRASIL, 2012a).

No município de Volta Redonda, Região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro há em andamento o grupo Consultório na Rua modalidade III que é composto por uma médica, dois psicólogos e mais três agentes sociais, dos quais trabalham em conjunto com as ferramentas existentes na rede de saúde. Mantem interação com os setores da Atenção Básica e Terciário dos serviços de urgência e emergência,

ademais é tido o diálogo entre os CAPs e possui um Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua (Centro POP).

O Centro POP é uma unidade de assistencialismo as pessoas em situação de rua, que disponibiliza atividades culturais e de reinserção familiar e/ou comunitária, refeições como café da manhã e almoço, banheiros com chuveiro e lavanderia de forma gratuita perante cadastro, para a garantia de cultura, alimentação e higiene pessoal básica desse grupo social. Além disso, há profissionais capacitados que fornecem informações e auxiliam a obtenção de benefícios de programas sociais, como o Auxílio Brasil, bem como a emissão de documentos. As consultas médicas no município de Volta Redonda são realizadas também nesse espaço que concentra um bom número de pessoas assistidas pelo Consultório na Rua.

Este trabalho, o qual pretende descrever o quadro de uma pessoa em situação de rua do município de Volta Redonda, está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237. Alega-se ainda que houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do protagonista desse relato.

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

P.H.N., 37 anos, masculino, raça não declarada, ensino fundamental incompleto, pessoa em situação de rua, sem ocupação profissional e renda formal. Possui contato com irmãos que residem em mesmo município. Possui quadro psiquiátrico e relaciona-se ao uso de cigarro, álcool, cocaína e maconha. Não se encontra em uso de terapêutica contínua para patologias.

Teve seu primeiro atendimento em 16 de abril de 2021 trazendo queixa de tosse a mais de três semanas com dificuldade de locomoção devido a abstinência alcoólica. A consulta se mostrava emagrecido e em péssimas condições de higiene, sendo encaminhado ao Cais Aterrado para realização de radiografia de tórax, exame de sangue e coleta de escarro para pesquisa de Barr, perante a uma suspeita de tuberculose.

Foi avaliado e tratado após confirmação diagnóstica pelo Centro de Doenças Infecciosas (CDI) e solicitado dosagem sérica de VDRL, amostra coletada em 06 de julho de 2021. No mês seguinte, teve alta do isolamento e mantinha um quadro de debilidade, sendo prescrito soro de reidratação oral e postergando alta para o dia seguinte.

Apesar de sair do isolamento, foi mantido em internação no Cais Aterrado, apresentando febre persistente mesmo em uso de antibiótico, porém deambulava com apoio e estava se alimentando adequadamente, portanto, em 07 de outubro de 2021 teve alta da internação hospitalar.

Durante o mês de outubro de 2021 houve surgimento de uma lesão ulcerada em região dorsal da mão direita, levando-o à consulta com dermatologista, no CDI, onde foi levantada suspeita de Hanseníase e colhido material para biópsia. Em 17 de novembro de 2021 a consulta de retorno ao CDI foi desmarcada e em contato com a UBSF Belmonte, foi informado que o paciente ia diariamente à unidade buscar as medicações, mas sempre alcoolizado. Acionado o CAPS AD.

Em 09 de fevereiro de 2022 o paciente foi encontrado na rua, relatando não estar fazendo uso das medicações para a continuação do tratamento de tuberculose. Foi feito contato com o CDI que confirmou o abandono do tratamento. No dia seguinte, apesar de tentativas falhas para conseguir o deslocamento do

usuário, a equipe do CnaR agendou com a dermatologista do CDI para conversar sobre o caso e foi informado o resultado da biópsia, positiva para Paracoccidiodomicose.

Já em 07 de março de 2022, a equipe do CnaR foi informada que há um mês o paciente estava internado devido a um episódio convulsivo. Em 15 de março de 2022 em visita ao usuário no Hospital Nelson Gonçalves a equipe foi informada de que não houve mais episódios convulsivos, também de que não foi coletado escarro para pesquisa de Barr, impossibilitando o diagnóstico e a retomada do tratamento para tuberculose, assim como o tratamento de paracoccidiodomicose.

Durante reunião de matriciamento com a UBSF Belmonte, em 23 de março de 2022, a dificuldade de aproximação da equipe com a família do usuário foi discutida, assim como a possibilidade de oferecer o desjejum como estratégia de reforço para que o uso das medicações fosse regular e garantida. Em visita ao usuário, ainda internado, relatou não deambular sem ajuda e dores principalmente em membros inferiores. Ao ser informado sobre o oferecimento do café da manhã em troca do uso das medicações diariamente, o usuário se dispôs a ir à unidade.

Ao ser abordado em 18 de abril de 2022, o usuário informou ter tido alta somente com as medicações referentes ao tratamento da tuberculose, entretanto não deram quaisquer outras medicações. Refere uso de álcool devido aos sintomas de abstinência e que não está usando as medicações por não saber para que servem. Foi combinado o retorno em 20 de abril de 2022 para que fosse possível ajudá-lo na separação e orientação sobre os remédios.

Desde 25 de abril de 2022 a equipe do CnaR estava em busca de um vínculo maior entre a UBSF Belmonte e o usuário, porém, até 17 de maio de 2022 as idas à unidade eram irregulares pelo próprio paciente, que se queixava, também, de sintomas de abstinência mais intensos, como tremores, irritabilidade, alucinações, confusão espaço-temporal e crises convulsivas. Devido aos sintomas, o paciente consome bebidas alcoólicas com a justificativa de autocuidado. Foi reforçado um pedido de apoio junto ao CAPS AD para um cuidado mais capacitado e adequado à situação.

### 3 DISCUSSÃO

Nos caminhos para a garantia da integralidade de cuidado preconizada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde temos como marca a presença de obstáculos e desafios que incitam a necessidade de políticas públicas direcionadas aos grupos de maior vulnerabilidade em contexto de saúde que compõem a população. Nesse contexto, surge por meio do Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) que tem como objetivo a manutenção e garantia de direitos a essa parcela da sociedade.

A PNPSR desenvolve-se a partir da articulação de uma rede integrada de cuidado em saúde, contemplando todas as suas esferas e modalidades, partindo de uma atuação constante de prevenção e conhecimento das demandas obtidas por meio das Unidades de Atenção Básica, somando-se forças com os centros direcionados de cuidados específicos de suporte a saúde mental, doenças infectocontagiosas e abuso de substâncias; e tendo sua completude na integração do setor terciário para o manejo de emergências e urgência médica.

Tendo como base o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e inclusão social, o enfrentamento do estigma, ações de redução de danos e a intersetorialidade, o Consultório na Rua carrega intrinsecamente o princípio aristotélico da Escola peripatética, modalidade estratégica destinada aos in-

divíduos que não se adequam aos meios tradicionais oferecidos, destacando-se, dentre essas práticas, a política de redução de danos.

O contexto de abordagem e trabalho nas ruas demanda dos profissionais uma adequação a diversas situações, tanto ambientais quanto de linguagem e porte. A sensibilidade, a reflexão e a flexibilidade perante cada personalidade atendida são de fundamental importância para que todos os aspectos demandados sejam integrados durante as consultas, sem silenciar as necessidades e falas dos usuários, contemplando integralmente as pluralidades sentimentais existentes, não deslegitimando, assim, as subjetividades individuais.

Dessa forma, a existência do Consultório na Rua carrega uma grande carga de importância, tendo em vista o alcance a uma população marginalizada e menosprezada socialmente, que vivenciam diversas injustiças sociais e refletem, integralmente, o atroz funcionamento da sociedade que, fecham as portas para toda oportunidade, até mesmo ao acesso à saúde e à dignidade.

#### 4 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

**1) (OBJETIVA)** A respeito da Política Nacional para a População em Situação de Rua, assinale a alternativa correta.

a) Segundo essa política, a população em situação de rua é um grupo homogêneo no qual as pessoas têm vínculos familiares rompidos, apresentam a mesma condição de pobreza e não possuem moradia.

b) Um dos objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua é instituir a contagem oficial dessa população.

c) Integrar as políticas sociais ao objetivo de promoção da reinserção social da população em situação de rua é um princípio da política em questão.

d) Os serviços de acolhimento temporário da população em situação de rua deverão seguir padrões de qualidade, segurança e conforto e respeitar o prazo máximo de 90 dias ao ano para a permanência dessa população nessas instituições.

e) O princípio da autonomia previsto nessa política diz respeito ao incentivo e ao apoio do indivíduo em situação de rua no que se refere aos processos decisórios em relação a seu projeto de vida.

Gabarito: Letra B

**2) (OBJETIVA)** A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), ao propor ações e estabelecer responsabilidades para diferentes áreas das políticas públicas, reconheceu o significado histórico das lutas e os direitos das pessoas que vivem nas ruas das grandes cidades em condição de aviltamento, realidade incompatível com o estágio de desenvolvimento alcançado pela humanidade. Com a implantação do SUAS e com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, foi tipificado o Serviço para Pessoas em Situação de Rua. Desse modo, pode-se caracterizar o atendimento a esse público considerando:

a) A Lei 10.098/2000, Decreto N° 5.296, de 2004, o serviço especial de média e alta complexidade, prevendo como locus de atendimento o Centro POP e na sua ausência o CREAS, bem como o Serviço Especializado de Abordagem Social e o Serviço de Acolhimento institucional.

b) A Lei Nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, o Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, o serviço de proteção especial de média complexidade, prevendo como locus de sua oferta o Centro POP, bem como o Serviço Especializado em Abordagem Social, o Serviço de Acolhimento Institucional e o Serviço de Acolhimento em Repúblicas.

c) A Lei Nº 11.692, de 11 de junho de 2008, o Decreto Nº 6.307 de 14 de dezembro de 2007, o serviço de proteção social básica, de média e de alta complexidade prevendo como locus de sua oferta o Centro POP, o CREAS e o CRAS, bem como o Serviço de Acolhimento Institucional, dependendo da realidade do município.

d) A Lei Nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, Decreto Nº 7.053/2009, caberá ao município ofertar ao morador de rua o serviço de acolhimento que tiver disponível, podendo ser o CRAS, o CREAS, o Centro POP ou outro, bem como encaminhar para outro município se não for morador local.

e) A Lei Nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, o Decreto Nº 7.053/2009, o serviço de proteção especial de alta complexidade, prevendo como locus de sua oferta o CREAS, bem como o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos e o Serviço Especializado em Abordagem Social.

Gabarito: Letra B

**3) (DISCURSIVA)** Um homem de 39 anos de idade, em situação de rua, usuário de crack, apresentando vínculo social fragilizado pela dependência química, foi atendido pela equipe de um consultório de rua. Devido a tosse persistente, indicou-se teste de Baar, o qual foi realizado na unidade de referência pela manhã (momento em que conseguia ficar sóbrio). O resultado foi positivo e ele recebeu diagnóstico de tuberculose (TB). Seguindo-se o protocolo, foi realizado teste rápido para hepatites, HIV e sífilis, sendo HIV positivo no teste e no contrateste. A equipe reuniu-se para discutir o caso, dada a sua prioridade. Considerando o exposto, elabore um plano de cuidados que contemple duas ações para o seguimento e o acompanhamento do caso, justificando cada uma delas.

Gabarito: Ações de educação em saúde para fortalecimento de vínculo com o usuário; Elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com gestão dos cuidados, ouvindo o usuário a respeito de suas condições, para dar continuidade aos cuidados, ao acompanhamento e ao tratamento; Determinação da carga viral do HIV e CD4, avaliando a condição do paciente para resposta ao tratamento e também para interrupção de cadeia de transmissão, visto que a sexualidade é ponto forte nos usuários de crack e em pessoas em situação de rua; Elaboração de estratégias de articulação com outros pontos de apoio e serviços (como abrigos, centros de socialização, unidade básica de saúde próxima do local onde o usuário costuma ficar, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Consultório de Rua, dentre outros) para armazenagem e entrega da medicação para Tuberculose diariamente ou para atender às necessidades específicas do paciente; Busca dos familiares para tentar apoio frente à situação; Busca ativa dos contatos, parceiros sexuais e pessoas que compartilham o uso das substâncias psicoativas para avaliação de Tuberculose e HIV para evitar a propagação da doença; Orientação sobre o uso de preservativo / camisinha para evitar a propagação da doença; Notificação compulsória das doenças transmissíveis para controle epidemiológico.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Brasília, Distrito Federal, dez. 2009.

BRASIL. Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006. **Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.** Brasília, Distrito Federal, out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília, Distrito Federal, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, Distrito Federal, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília, Distrito Federal, 2000.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **A Política Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, Distrito Federal, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, Distrito Federal, 2008b.

BRASIL. Portaria nº. 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Brasília, Distrito Federal, jan. 2011.

BRASIL. Portaria nº. 715, de 2 de maio de 2014. **Credencia Municípios a receberem incentivos referentes às equipes de Consultório na Rua, que compõe o Bloco da Atenção Básica.** Brasília, Distrito Federal, maio 2014.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil.** Brasília: Ipea, out. 2016. (Texto para Discussão, nº. 2.246). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf)>.

SIMÕES, T. R. B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, G. G. **Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0963.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2022.