



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):75-84

Relato de Experiência

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.800](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.800)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 27/02/2023

Aceito: 27/01/2026

A implementação de equipes Consultório na Rua: um relato de experiência

The implementation of Office in the Street: an experience report

Hugo Fernandes Lemos Pessoa¹ , Alcieros Martins da Paz¹ 

¹ Secretaria de Saúde de Recife.

Correspondência: hugoflpessoa@gmail.com

RESUMO

Objetivo: o presente trabalho tem por objetivo compartilhar a experiência de implementação das equipes Consultório na Rua em Recife/PE. **Método:** trata-se de um relato de experiência, que apresenta a trajetória da implementação de novas equipes de Consultório na Rua e da mudança de modalidade das equipes existentes. **Resultados:** as equipes Consultórios na Rua se constituem como a principal estratégia de cuidado integral para as pessoas em situação de rua. O artigo retrata a chegada dos novos profissionais, aumentando as equipes e as áreas de cobertura, modificando também o processo de trabalho. Temas como o perfil dos trabalhadores, composição da equipe, inserção nas unidades de lotação e Distritos Sanitários foram apresentados e discutidos. Além disso, os desafios como a manutenção da equipe, a existência de um perfil profissional e a qualificação dos profissionais também estiveram presentes. **Conclusão:** a fase da implementação de uma política se configura como um momento crítico para os gestores, onde vulnerabilidades e falhas se tornam mais visíveis. Houve a mudança de duas equipes modalidade I para quatro equipes modalidade III. O trabalho apresentou o processo de implementação, desde a chegada dos profissionais, busca por servidores com perfil na rede, lotação provisória nas equipes existentes, módulo introdutório teórico e inserção nas unidades/distritos. Compartilhamos sobre os desafios de manutenção da equipe frente à política de gratificações do município, a existência de um perfil profissional e a necessidade de qualificação permanente dos trabalhadores.

Palavras-chave: Política de saúde; Gestão em saúde; Serviços de saúde; Consultório na Rua; Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

Objective: this work aims to share the experience of implementing the Office in the Street teams in Recife/PE. **Method:** this is an experience report that presents the trajectory of implementing new the Office in the Street teams and changing the modality of existing teams. **Results:** the Office in the Street teams have become the main strategy for comprehensive care for people experiencing homelessness. The article depicts the arrival of new professionals, the expansion of teams and coverage areas, and modifications in the work process. Topics such as the profile of workers, team composition, integration into units of assignment, and Health Districts were presented and discussed. Additionally, challenges such as team

retention, the existence of a professional profile, and the qualification of professionals were also addressed. **Conclusion:** the implementation phase of a policy is a critical moment for managers, where vulnerabilities and shortcomings become more visible. There was a change from two teams in modality I to four teams in modality III. The work presented the implementation process, from the arrival of professionals, seeking personnel with the required profile within the network, provisional assignment to existing teams, introductory theoretical module, and integration into units/districts. We shared the challenges of maintaining the team in light of the municipality's bonus policy, the existence of a professional profile, and the need for continuous qualification of workers.

Keywords: Health policy; Health management; Health services; Office in the Street; People experiencing homelessness.

INTRODUÇÃO

As equipes Consultórios na Rua (eCR) surgem, como política pública, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹, em 2011^A, classificadas como equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas, no caso, para populações em situação de rua. Apesar da nova nomenclatura e com um novo arranjo, essa política tem origem em duas estratégias anteriores. A primeira foi as equipes Consultório de Rua, eram equipes itinerantes voltadas para o cuidado das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, um programa da área da saúde mental. A outra experiência parte das equipes estratégia Saúde da Família sem domicílio, configuradas como equipes da Atenção Básica voltadas para a população em situação de rua², mas por se configurarem como uma experiência e não uma política, acabaram existindo em poucos municípios do país.

As equipes Consultório na Rua se constituem como a principal estratégia de cuidado integral para as pessoas em situação de rua. São equipes multiprofissionais que podem atuar nas ruas, nas Unidades Básicas em que estão lotadas, em parceria com outros pontos da rede, junto aos Centros de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência/Emergência e de maneira intersectorial, em conjunto principalmente com os equipamentos do Sistema Único de Assistência Social. O caráter itinerante é uma das premissas do trabalho desenvolvido pelas eCR. Seu objetivo é apresentado como “a equipe responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situações de rua”¹, funcionando com os mesmos princípios e diretrizes das demais equipes da Atenção Básica.

Os requisitos de manutenção do financiamento das equipes, apresentados pela PNAB, foram quanto ao cumprimento da carga horária mínima semanal de 30 horas, credenciamento das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção Básica¹, além de apontar que existiriam equipes em diferentes modalidades, apresentadas em portaria específica.

A Portaria nº 122/2012 define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua³. Essa portaria estabelece três tipos de modalidades das equipes, variando de quatro profissionais na Modalidade I até sete profissionais na equipe Modalidade III, incluindo, nessa, um profissional médico. A normativa aponta também que as modalidades das equipes impactam no repasse financeiro realizado pelo Ministério da Saúde, variando os valores conforme a modalidade.

Acrescenta-se também uma característica qualitativa na composição das equipes. Na portaria supracitada havia uma divisão entre profissionais, classificando-os como de nível médio e nível superior, e cada equipe necessitaria, no mínimo, de metade dos componentes de cada nível. Além disso, era apontando para a necessidade de diferenciação dos componentes da equipe, sugerindo que houvesse no máximo dois profissionais da mesma profissão³. Em 2014, por meio da Portaria nº 1.029, amplia-se as categorias profissionais das eCR e se elimina a separação entre níveis de formação, mas ainda se mantém a prioridade de algumas especialidades, são elas: enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional⁴. Em 2021 os cirurgiões dentistas são acrescentados nessa mesma categoria por meio da Portaria nº 1.255⁵.

^A A PNAB foi atualizada em 2017, mas não houve modificações do texto no que se refere aos Consultórios na Rua.

Quanto à quantidade de equipes por município, a Portaria nº 122/2012 apontava que o cálculo seria baseado nos censos populacionais relacionados à população em situação de rua e que o parâmetro seria uma equipe para até 1000 pessoas, com o atendimento de no mínimo 80³. O último e único censo realizado especificamente para essa população, em âmbito nacional, foi em 2009⁶. Diante dessa questão, a referência para quantificar a população passou a ser feita por meio de sistemas de informação oficiais, sendo eles: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e o Cadastro Único para Programas Sociais – CadÚnico. Além disso, o denominador para o cálculo do teto máximo de equipes foi alterado, passando a ser 500 (população de rua/500), compreendendo que uma equipe deveria ser referência para no máximo esse novo valor. Com base nesses sistemas e cálculo, por meio da Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021, o Ministério da Saúde estabelece novo teto máximo de equipes financiadas por município⁵.

Apesar do acréscimo no limite máximo de equipes, Medeiros e Cavalcante⁷ apontam que, após quatro anos da publicação da primeira portaria que estabelecia a quantidade de equipes, apenas 30% das cidades elegíveis aderiram ao equipamento, com 37% do quantitativo de equipes previstas implantadas. As principais razões levantadas pelos gestores para a não implantação, daqueles que não possuíam eCR, foram: o financiamento federal inadequado para o custeio das equipes, alto custo à estrutura organizacional do município e a indisponibilidade de profissionais de saúde para compor as eCR. Dentre fatores facilitadores da implementação do Consultório na Rua, os gestores apontaram a priorização das necessidades da população em situação de rua e a existência de uma rede de cuidados a esse grupo no município.

Nesse sentido, a cidade do Recife/PE apresenta um contexto com a presença dessas últimas características. No atual Plano Estratégico do Recife, a população em situação de rua se faz presente no eixo do desenvolvimento social e no da saúde. No primeiro, o documento versa sobre a ampliação em 50% dos serviços de atendimento desse grupo populacional. Já no Eixo da Saúde, o plano aponta para o fortalecimento da infraestrutura e da capacidade de atendimento, por meio da ampliação da rede e da contratação de profissionais⁸.

Recife contava, até a data de publicação da Portaria nº 1.255, com duas equipes Consultório na Rua modalidade I cadastradas e financiadas junto ao órgão federal. Após a publicação, o município passa a contar com o teto máximo de até 11 equipes⁵.

Combinando o acréscimo do limite máximo de equipes para Recife com os objetivos apresentados pela gestão municipal em relação às pessoas em situação de rua, houve, na Portaria nº 1.522/2021 o credenciamento do município para receber incentivos referentes a quatro equipes⁹. Além disso, todas as equipes passariam a pertencer a modalidade III.

O desafio que se apresentava à coordenação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua – PMAISPSR e do Consultório na Rua era relativo então ao processo de implementação das novas equipes e a mudança de modalidade das que já existiam.

Xun Wu e colaboradores apontam que a fase de implementação de uma política pública é o momento no qual o que foi pensado, discutido e elaborado se transforma em ações, ganha forma e entra em vigor. Sendo que essa fase se configura como uma das etapas mais críticas para os gestores públicos, pois será o momento que as vulnerabilidades e falhas nos processos anteriores se tornarão mais visíveis. Trata-se de um processo que tende a ser dinâmico e não linear¹⁰.

O presente trabalho tem por objetivo compartilhar a experiência de implementação das equipes Consultório na Rua na cidade do Recife, apontando a complexidade do processo, os desafios apresentados, os percursos vivenciados e os conhecimentos construídos. Destaca-se que, embora o município contasse com eCR em funcionamento desde 2014, o processo de ampliação do número de equipes, contratação de novos profissionais, modificação de modalidades, inserção em outros territórios, dentre outros, acabou sendo inédito para os atores envolvidos.

Apesar de ter se passado mais de dez anos desde a publicação da primeira normativa sobre os Consultórios na Rua¹, não há trabalhos na literatura que compartilhem sobre o processo de implementação desse equipamento, sendo esse equipamento a principal estratégia para a atenção integral às pessoas em situação de rua. Portanto, o presente estudo pode contribuir com os gestores das políticas de saúde e facilitar a condução desse processo em outros municípios do país, auxiliando na expansão do equipamento.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, que apresenta a trajetória da implementação de novas equipes de Consultório na Rua e da mudança de modalidade das equipes existentes. A inserção dos autores na coordenação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, responsável pelo Consultório na Rua, ocorreu por meio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Recife, cuja gestão da política supracitada constituiu-se como cenário de prática da residência nos meses de abril a julho de 2022. Por se tratar de uma prática profissional, acobertada por contrato de trabalho que regulamenta os cuidados éticos com seres humanos, a instituição não exigia a submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Recife foi o local onde se desenvolveu a experiência. A cidade, localizada na Região Nordeste, é a capital do estado de Pernambuco e conta com uma população estimada de 1.661.017 pessoas¹¹. Uma marca da região é a desigualdade social, cujo Nordeste apresentou a maior desigualdade em relação à renda, segundo pesquisa do IBGE¹², enquanto Recife foi apontada como a capital mais desigual do país. Uma das consequências da desigualdade de distribuição de renda, de uma sociedade desigual, é o crescimento da população nas ruas. Além disso, Natalino¹³ aponta que a população em situação de rua teve maior acréscimo nos municípios de grande porte, decorrente da crise econômica, do aumento do desemprego e da pobreza. Segundo o autor há a estimativa de que no Brasil mais de 221 mil pessoas encontram-se nessa condição e a Região Nordeste conta com um quantitativo superior a 38 mil, podendo esse número ser maior devido às consequências da pandemia de covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) é composta, em sua estrutura organizacional, pelas Secretarias Executivas de Regulação, Média e Alta Complexidade (SERMAC); Atenção Básica (SEAB); Vigilância em Saúde (SEVS); Assuntos Jurídicos (SEAJ); Administração e Finanças (SEAF); Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital (SEPMAD); e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES)¹⁴. A política

na qual o Consultório na Rua está inserido situa-se na Secretaria Executiva da Atenção Básica, mas o processo de implementação dependeu da articulação com outras secretarias.

A implantação de novas equipes iniciou-se a partir da articulação e solicitação de credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Em 6 de julho de 2021, o órgão publica a Portaria nº 1.522, credenciando municípios a receberem incentivos para equipes Consultório na Rua, Recife estava autorizado a ampliar suas equipes, de duas para quatro⁹. Após o parecer favorável, a coordenação da PMAISPSR prossegue com as articulações e pactuações a nível SEAB/SESAU para a implantação das equipes.

Além da organização por secretarias, no âmbito da saúde, a cidade Recife está organizada por Distritos Sanitários (DS), dividindo, assim, parte da organização político-administrativa do município em oito Distritos Sanitários. Os DS I e VI foram os primeiros a receber eCR, em 2014. O DS I corresponde a área central da cidade e apesar de possuir a menor população residente, 5,1%¹⁴, conta com a maior concentração de pessoas em situação de rua, decorrente das oportunidades de renda, locais para pernoite, pontos turísticos, dentre outros. O DS VI possui o segundo maior quantitativo desse grupo em decorrência do comércio nas praias, proximidade ao aeroporto, acesso ao comércio de drogas e pontos para dormir.

Através de estudo realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos, houve a contagem e dimensionamento da população em situação de rua em cada Distrito Sanitário. A partir desse quantitativo estabeleceu-se quais distritos receberiam as novas equipes, tomando esse território como o de abrangência para a atuação das eCR. Assim, além dos DS I e VI, os territórios do IV e do V seriam os que receberiam as novas equipes.

Além da implantação de novas equipes, havia também a modificação das modalidades das equipes existentes. As equipes passariam de modalidade I para modalidade III, e como as portarias não definem estritamente o formato da equipe, foi definido que o desenho padrão das equipes do município seria: assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente social, em regime de trabalho de 30 horas semanais, e cirurgião dentista, psicólogo e médico, em regime de 40 horas semanais. No dia 29 de março de 2022, ocor-

reu a nomeação de 21 profissionais para comporem as eCR, dos quais cerca de 75% assumiram o cargo.

Concomitante ao processo relativo à contratação dos trabalhadores do Consultório na Rua, houve a estruturação de um Plano Operativo para planejamento e organização da implementação como um todo. Nele havia objetivos relativos à: composição das equipes, execução de módulo introdutório de formação, inserção das equipes nas respectivas unidades de saúde e Distritos Sanitários, solicitação e acompanhamento dos veículos de transporte, aquisição de fardamento e de equipamentos/insumos para o trabalho.

Na composição da equipe tínhamos, para além da convocação dos profissionais, o objetivo de buscar outros profissionais na rede de saúde do município que teriam aproximação e interesse em compor as equipes, buscando a permuta e incorporação deles nas equipes, visando pessoas com perfil de trabalho voltado para o grupo das pessoas em situação de rua. Além disso, à medida que os profissionais se apresentavam à coordenação da política, eram direcionados a realizar o curso de qualificação sobre População em Situação de Rua no UNA-SUS^B e temporariamente lotados nas duas eCR existentes, para se aproximarem da população e conhecerem o processo de trabalho, mesmo sendo em territórios distintos dos que atuavam.

Após a chegada da maior parte dos profissionais, realizamos um módulo introdutório teórico sobre o cuidado à população em situação de rua e o Consultório na Rua. Esse módulo teve duração de uma semana, com temas envolvendo a atenção ao usuário, processo de trabalho das eCR, sistema de informação (eSUS), atribuições da equipe e por núcleo profissional, Redução de Danos e rede intersetorial. Relativo ao processo de trabalho, dialogamos sobre o enfoque em três objetivos básicos da atuação: a atenção aos usuários, o matriciamento de outros profissionais/unidades e a educação em saúde. Após esse momento, já com os profissionais inseridos no território, percebemos que ainda existiam lacunas importantes sobre o foco e o objetivo da atuação das equipes nos territórios, decorrentes da estruturação do processo de trabalho e da própria base da política do Consultório na Rua¹⁻³.

Quanto à inserção dos profissionais nas unidades de saúde e Distritos Sanitários, havia a estratégia

de que a inserção das equipes fosse em Unidades de Saúde da Família, assim, compartilhando o mesmo espaço com outras equipes, apostando na proximidade e interlocução entre os profissionais e saberes, além de ampliar a justificativa para a equiparação das gratificações das eCR com as equipes Saúde da Família – eSF.

Apesar de comporem o mesmo município, as realidades de cada DS e de cada unidade de saúde são bastante distintas. Em alguns locais a inserção foi facilitada e demonstrava-se o interesse dos gestores desses espaços para que a mesma ocorresse, em outros houve problemas, seja decorrente da comunicação entre coordenação da política e gestores locais, da dinâmica da própria unidade ou do Distrito, causando atrasos e dificuldades na inserção dos profissionais.

Em relação aos veículos os principais enfoques eram relacionados à contratação das quatro vans, uma por equipe, e fornecimento de veículos enquanto o processo de contratação não estivesse concluído. Os fardamentos foram solicitados, conforme Manual de Identidade Visual do Consultório na Rua¹⁵, e inseridos em processo de licitação lançado pelo município. Outros componentes, como materiais e insumos, foram solicitados juntos da SEAF.

Como abordado anteriormente, a Política Nacional da Atenção Básica estabelece que as equipes de Consultório na Rua devem cumprir uma carga horária mínima de 30 horas semanais, podendo ocorrer no período diurno ou noturno, a depender das demandas da população em situação de rua¹. Chamamos de desenho da equipe a escolha do município quanto à conformação da equipe, enquanto categorias profissionais que a compõe, bem como a jornada de trabalho de cada profissional.

Sendo assim, sobre o desenho da equipe, alertamos para aspectos que devem ser conhecidos, debatidos e pactuados na implantação das equipes Consultório na Rua. Primeiramente, a carga horária dos trabalhadores da saúde pode variar de acordo com as legislações vigentes e com o que for estabelecido e contratado pela gestão. Algumas profissões como, serviço social e a terapia ocupacional, possuem a limitação da jornada de trabalho, estabelecida em até 30 horas semanais, já outras profissões não possuem legislações específicas nesse sentido, podendo se estender

^B A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde é uma plataforma que oferece capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde, com cursos na modalidade de educação à distância.

até as 40 horas. Segundo as portarias vigentes¹⁹, as eCR devem realizar, no mínimo, 30 horas semanais por profissional, a exceção dos médicos que podem ser combinados de dois profissionais com 20 horas cada. A cidade do Rio de Janeiro apresentou um documento que aponta para a opção por uma equipe com todos os profissionais em regime de 40 horas, a exceção dos assistentes sociais¹⁶.

Na prática, uma equipe com a carga horária diferente entre seus componentes impacta na sua organização do trabalho. O estabelecimento de uma agenda comum entre os profissionais das eCR pode se tornar uma tarefa complexa diante de diferentes jornadas de trabalho de seus membros, afetando o trabalho integral e multiprofissional. Em nossa experiência, as únicas exigências de agenda foram quanto a um turno comum reservado à reunião semanal de equipe e, a princípio, um período noturno por semana. A outra questão que os gestores devem estar atentos, quanto à composição da equipe, é a de interdependência entre profissões, como o trabalho do cirurgião dentista que depende obrigatoriamente, na parte clínica, do técnico ou auxiliar de saúde bucal, assim como alguns procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem que devem ser supervisionados pelos enfermeiros.

Em relação à lotação dos profissionais no Consultório na Rua, algumas questões se apresentaram. No momento de mudança de modalidade e da chegada de novos profissionais para comporem as equipes do município a opção da gestão foi a da criação de novos cargos e da nomeação dos aprovados em concurso público realizado anteriormente. O concurso não era direcionado especificamente para o Consultório na Rua, sendo um processo seletivo generalista e, ao serem convocados, alguns profissionais tiveram resistência quanto ao trabalho e ao atendimento da população em situação de rua.

Acreditamos que há pelo menos duas questões envolvidas numa “resistência” em trabalhar nas eCR. Existe uma complexidade ao lidar com a vulnerabilidade e a pobreza extrema, não se configurando como um trabalho simples, muitas vezes gerador de angústias e sofrimentos, não decorrentes apenas das condições concretas dessa população, mas das fragilidades presentes nos serviços, que são mobilizadas e escancaradas por esse público¹⁷. No estudo de Medeiros e Cavalcante (2018), uma das razões apontadas pelos gestores municipais para não adesão ao Consultório

na Rua foi a indisponibilidade de profissionais para compor as equipes⁷.

Pela experiência percebemos que há uma espécie de perfil do profissional que assume o cuidado desses usuários, contudo, há carência de estudos que discutem o perfil profissional e a formação daqueles que atuam nesse campo¹⁸⁻¹⁹. Um estudo com trabalhadores do Consultório na Rua traz como indispensável a existência de um perfil profissional que se conecta com o trabalho na rua, não como uma necessidade *a priori*, mas com uma disponibilidade de estar nesse trabalho²⁰. Apesar de surgir como uma questão, poucos foram os trabalhadores lotados nas eCR que tiveram esse tipo de objeção, a de trabalhar com essa população.

Outro ponto, mencionado de forma mais frequente entre os novos servidores, foi a insegurança em relação à atuação e sua formação. A formação de profissionais da saúde para o SUS tem sido um ponto crítico desde a implantação do Sistema e devemos refletir sobre a necessidade qualificar e reorientar a formação para a superação da perspectiva historicamente centrada no modelo biomédico. Quanto mais qualificada uma eCR está, com apropriação de conhecimentos, ferramentas e organização do processo de trabalho, maior as chances de que ela se mantenha coesa e sustentável.

Quanto ao cuidado da população em situação de rua, ele passa a se configurar como um campo específico, atravessado por questões que se apresentam de forma mais comum, como: doenças crônicas, abuso de substâncias e suas consequências, tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis, transtornos mentais, feridas, dentre outras². Deslocando da saúde, mas ainda em relação a ela, temos a necessidade de conhecimento das redes intersetoriais, de direitos humanos, da violência, dentre outros, a nível de conhecimento, existindo outras competências necessárias para o trabalho¹⁸.

Pensando na qualificação dos profissionais do Consultório na Rua, elaboramos um módulo introdutório para iniciar as discussões sobre o campo do cuidado às pessoas em situação de rua. Esse evento também tinha por objetivo discutir o processo de trabalho do Consultório na Rua. O termo processo de trabalho envolve tanto o modo como se desenvolvem as atividades dos profissionais da saúde, quanto as finalidades ou objetivos que se pretende alcançar com o trabalho. Como apresentado anteriormente, os

documentos que versam sobre a atuação do Consultório na Rua apontam para o objetivo da garantia de acesso da população em situação de rua aos serviços da rede de saúde, sendo a equipe um elo de conexão, um facilitador, entre a rua e a saúde^{1,2,5}.

Machado traz que a proposta do acesso como objetivo do trabalho das eCR deve advir do histórico da constituição das equipes e da política, que possui raízes na migração dos Consultórios de Rua (Saúde Mental) para os Consultórios na Rua (equipes da Atenção Básica)¹⁹. Ao estabelecer apenas o acesso como objetivo central da política, esta estaria em contradição com os princípios da Atenção Básica, que envolvem a atenção integral, como o cuidado, a promoção e manutenção da saúde, a prevenção, a cura, a reabilitação, a redução de danos, através das diretrizes compostas pela: territorialidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, resolutividade, dentre outros¹.

Além disso, o autor aponta que é incipiente a discussão sobre o processo de trabalho das eCR no Brasil¹⁹. Em outra pesquisa, os achados apresentam que as questões clínicas foram as atribuições mais valorizadas pelos profissionais e a organização do trabalho foi considerada uma das competências menos relevantes¹⁸. Isso expõe o abandono das discussões sobre processo de trabalho que envolve tanto o campo prático, como o das pesquisas científicas¹⁹.

Em nossa experiência, ao estabelecermos junto às equipes os objetivos da atuação como a atenção aos usuários, o matriciamento e a educação em saúde, de forma abrangente, percebemos permanecer uma certa fragilidade na atuação e na organização dos profissionais nos territórios, demonstrando que caminhamos pouco, no módulo introdutório, no sentido de construir diretrizes objetivas para a atuação das eCR, acrescido a isso a ausência de parâmetros para nortear e avaliar o trabalho delas.

Em se tratando de um trabalho complexo, que envolve ambientes distintos como a rua, a Unidade de Saúde, a rede intra e intersectorial, acrescido das demandas que requerem o trabalho em grupo, multi e interprofissional, se faz necessário estabelecer discussões e parâmetros sobre o processo de trabalho, sua organização, seu objetivo, superando o enfoque estrito ao componente do cuidado e ao imprevisto imediato. A equipe Consultório na Rua não é uma ilha capaz de responder e resolver todas as demandas, nem é tão imprevisível seu trabalho a ponto de ser impossível estabelecer encon-

tros sistematizados com outros atores que participam do cuidado e que necessitam de articulação permanente com as eCR. É preciso criar espaços de discussões e reflexões sobre essa problemática.

Versando sobre a relação com outros atores, um ponto importante a ser articulado é a inserção das eCR nas Unidades de Saúde. A relação que se estabelece com outras equipes que compartilham o mesmo espaço, com a gerência da unidade, com as referências distritais, como no caso de Recife, é ponto-chave na dinâmica das equipes de Consultório na Rua. Essa relação vai impactar no compartilhamento e corresponsabilização dos usuários do território, nesse sentido, Manchini aponta que, em algumas unidades de saúde, a ausência de cooperação começava desde a recepção e persistia até a gerência, incluindo a exclusão das eCR das reuniões gerais da unidade²¹.

Geralmente, a crítica que se faz quanto ao compartilhamento/corresponsabilização de usuários em situação de rua é referente ao fato de a equipe de Consultório na Rua compartilhar os “seus” usuários com a eSF e a eSF não compartilhar o seus com esta, por não se caracterizarem pessoas em situação de rua. Ocorre que, frequentemente, as eCR são referência para territórios amplos, em diversos momentos equivalentes ao tamanho de cidades, ao mesmo tempo que possui uma equipe mais complexa e completa que as eSF (levando por base a modalidade III). Todavia é importante dialogar e pactuar sobre como as equipes podem contribuir no cotidiano da unidade de saúde, existindo processos que devem ser compartilhados com todos, levando em consideração que o desenvolvimento dessas atividades não deve comprometer o objetivo das eCR de existir, ou seja, o trabalho junto à população em situação de rua²¹.

Em nossa experiência, como citado acima, tivemos interlocuções diversas em relação ao diálogo com os Distritos Sanitários e com as unidades de saúde. Em um único caso, a unidade que já vinha sendo base da equipe permaneceu a mesma, ainda sim houve a necessidade de pactuar sobre a participação dos profissionais da eCR nas demandas da unidade. Noutras, a inserção da equipe foi tida como um ganho para o território, com a expectativa de que a atuação do Consultório na Rua pudesse ser ampliada e alcançar áreas descobertas (que não possuem unidade de referência), atendendo a uma população que se encontra pouco assistida. Já em outras o contato se fez difícil, com

reuniões canceladas e aparentando existir barreiras, tanto entre coordenação da política e unidade de saúde, quanto coordenação e Distrito Sanitário.

Apesar de diferentes respostas dentre esses atores, uma preocupação se mostrava comum, era relativa ao controle da presença dos profissionais no trabalho. Hoje no município o controle da frequência dos profissionais é realizado pela assinatura da folha de ponto, o gerente da unidade ou um profissional do Distrito chamado Coordenador de Área ficam encarregados do acompanhamento da presença. A questão é como acompanhar uma equipe que realiza um trabalho itinerante e que frequentemente não está na unidade de saúde. Algumas estratégias foram pensadas, como o acompanhamento da agenda semanal via compartilhamento na internet, mas até a finalização do período do presente trabalho isso não estava acordado.

Por fim, outra importante questão que se apresentou no processo de implementação das equipes, relacionada com a manutenção dos profissionais nas eCR, foi quanto à política de gratificações do município. O Consultório na Rua vinha de uma composição formada por agentes sociais, assistentes sociais, psicólogas e posteriormente por enfermeiras, profissões que, à exceção da última, não estão previstas nas equipes mínimas da eSF. Como resultado das negociações e conquistas dos trabalhadores de saúde do município houve a implantação de gratificações, com os valores a depender do local de sua lotação. A gratificação das eCR ficou equiparada às equipes Nasf (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), por apresentar as categorias de serviço social e psicologia. Ao ingressar novas categorias nas equipes Consultório na Rua, como médicos, odontólogos e técnicos de enfermagem, precisou-se negociar as gratificações junto a SEGTES, já que não havia previsão da gratificação para esses profissionais e mesmo que se equiparasse com os valores recebidos pelos profissionais do Nasf haveria uma diferença significativa em relação aos servidores lotados nas unidades de Saúde da Família. A ausência dessas gratificações fez com que alguns profissionais, assim que ingressaram nas eCR, requeressem mobilidade para outros pontos da rede, principalmente as cirurgiãs-dentistas, dificultando a composição da equipe na modalidade III. Ademais, a persistência do problema pode causar alta rotatividade na equipe, prejudicando a qualificação do trabalho, o trabalho em equipe e o vínculo da equipe com o território.

CONCLUSÕES

No presente trabalho buscamos compartilhar a experiência de implementação das equipes Consultório na Rua no município do Recife, ampliando e modificando as modalidades das equipes. Em termos objetivos, Recife passa de duas equipes modalidade I para quatro equipes modalidade III.

Isso equivale a sair de um quantitativo de oito profissionais, de três categorias diferentes, cobrindo dois Distritos Sanitários, para um número de 28 profissionais em sete categorias distintas, cobrindo quatro dos oito Distritos Sanitários. Ao se aumentar o rol de profissionais nas equipes, aumenta-se também capacidade de atender maiores complexidades e assim produzir maior resolutividade. Além disso, áreas como as do DS IV e V, anteriormente sem equipes, passam a contar com esse equipamento que se configura como a principal estratégia de cuidado integral à saúde das populações em situação de rua. Ao término do período do trabalho, julho de 2022, ainda faltavam quatro profissionais ingressarem nas equipes, devido aos que não assumiram o concurso, não configurando todas as equipes como modalidade III e não recebendo o financiamento correspondente ao máximo possível.

Procuramos apresentar aqui o percurso traçado no processo de implementação, desde a chegada dos profissionais, busca por servidores com perfil na rede, lotação provisória nas equipes existentes, módulo introdutório teórico e inserção nas unidades/distritos. Ademais, compartilhamos sobre os desafios de manutenção da equipe frente à política de gratificações do município, a existência de um perfil profissional e a necessidade de qualificação permanente dos trabalhadores.

Alguns processos, como a composição da equipe e a relação com os Distritos Sanitários e unidades de lotação, ficaram mais evidentes após a chegada dos profissionais. A ausência dos técnicos ou auxiliares de saúde bucal foi apresentada pelos odontólogos e sua inserção requisitada. As cargas horárias diferentes e a dificuldade de se estabelecer uma agenda comum foi tema de reuniões do equipamento.

Por essas diversas características e complexidades, apontamos que o processo de implementação de uma política como o Consultório na Rua apresenta detalhes e minúcias que, se não forem contempladas, podem impactar de imediato o seu funcionamento. A ausência de condições que favoreçam a manutenção

dos profissionais na equipe afeta a própria equipe e o trabalho realizado, impactando, principalmente, na qualidade do trabalho prestado a uma população que se encontra numa vulnerabilidade extrema, além disso, afeta também o repasse financeiro recebido pelo município.

O trabalho buscou, além de apontar sobre a organização da política e a implementação, discorrer sobre a necessidade existente da inserção das discussões sobre organização do processo de trabalho no cotidiano das equipes. O Consultório na Rua atua em um campo que se não houver planejamento das ações ocorre uma sobreposição das demandas que surgem no decorrer da atuação.

Por fim, devemos registrar que o presente trabalho representa um recorte, a partir da perspectiva dos autores, de apenas uma realidade, podendo conter uma interpretação enviesada por se tratar de sujeitos que vivenciaram e relataram sob sua ótica. Outros trabalhos, de realidades e metodologias diversas, poderiam trazer novas contribuições para a temática, tanto sobre a implementação do Consultório na Rua, quanto sobre o perfil profissional do trabalhador que atua na área, formas de qualificação desses profissionais e, a nível de política pública, uma revisão do que existe.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011 Out 24 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1, 48-55. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
2. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2012. 99 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 2012 Jan 26 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 46-47. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2014 Mai 20 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 55. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2021 Jun 18 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 91. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília: Brasil; 2009 [acesso em 2022 Nov 11]. 240 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
7. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na rua: barreiras e facilitadores [Internet]. Saúde Soc. 2018 [acesso em 2022 Nov 11]; 27(3): 754-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>
8. Prefeitura da Cidade do Recife. Rota do Futuro: as pessoas no centro de tudo – Plano Estratégico do Recife 2021-2024. Recife; 2021. 218 p.

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.522, de 6 de julho de 2021. Credencia municípios a receberem incentivos financeiros federais de custeio referente às equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 2021 Jul 8 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 126. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.522-de-6-de-julho-de-2021-330711981>
10. Wu X, Ramesh M, Howlett M, Fritzen S. Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos. 1. ed. Brasília: ENAP; 2014. 160 p.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada de Recife [Internet]. Brasil: IBGE; 2017 [acesso em 2022 Ago 04]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 151 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>
13. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) [Internet]. Ipea. 2020 [acesso em 2022 Nov 11].; (73): 2-20. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>
14. Prefeitura da Cidade do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [Internet]. Recife. 2018 [acesso em 2022 Nov 11]. 98 p. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Manual de Identidade Visual: Consultório na Rua [Internet]. 1. ed. 2012 [acesso em 2022 Nov 11]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3OA==>
16. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Diretrizes norteadoras das equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Secretaria Municipal de Saúde. 2016 [acesso em 2022 Nov 11]. 25 p. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POPULACAO_RUA/diretrizes_cnar_2016.pdf
17. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida [Internet]. Saúde debate. 2019 [acesso em 2022 Nov 11]; 43(7): 50-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
18. Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua [Internet]. Physis (Rio J.). 2018 [acesso em 2022 Nov 11]; 28(4): 1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>
19. Machado MPM. As práticas do Consultório na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021. 261 p.
20. Koopmans FF, Daher DV, Faria MGA, Paula HC, Cursino EG. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico [Internet]. Online braz. j. nurs. 2018 [acesso em 2022 Nov 11]; 17(4). Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20186277>
21. Manchini VLM. O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018. 110 p.

