

DE CONSULTÓRIO DE RUA PARA CONSULTÓRIO NA RUA: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES SOBRE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

*From Street Clinic To Clinic On The Street: The Perception Of Professionals And
Managers About The Transition Process*

Deidvid de Abreu¹

Walter Ferreira de Oliveira²

Artigo encaminhado: 11/04/2021

Artigo aceito para publicação: 11/10/2021

RESUMO: Este artigo descreve a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios *de* Rua para Consultórios *na* Rua das cidades de Florianópolis, Joinville e Criciúma, no estado de Santa Catarina, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritiva que utilizou-se do método da análise de conteúdo. Participaram da pesquisa 29 profissionais de saúde, sendo a entrevista semi-estruturada a técnica utilizada para coleta de dados. Os resultados da pesquisa apontam, por meio do olhar dos profissionais, que o processo de transição caracterizou-se por um período de tempo onde as equipes ficaram sem referências para o trabalho e sofreram certa rejeição das áreas que lhes assumiram. A transição ainda foi vista como momento de crescimento e amadurecimento das equipes, e uma mudança no foco de ação, onde o cuidado em saúde mental e uso de drogas são reduzidos aos cuidados em saúde de ordem biológica. Para os gestores, a transição para a atenção básica aparece como uma aposta na estratégia e que aproxima a população em situação de rua da atenção básica à saúde. Reconhecem que a transição assinala para uma fragilidade na relação da atenção básica com a política de saúde mental; e ao mesmo tempo cria uma expectativa que o Consultório *na* rua torne-se um formador da rede para a atenção em saúde das pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Política Pública. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT: This article describes the perception of professionals and managers about the transition process from the Street Clinics to Clinics on the Street in the cities: Florianopolis, Joinville and Criciuma in the state of Santa Catarina, Brazil. It is a qualitative research, with descriptive character and analysis of content method. Twenty-nine health professionals participated in the research, with the semi-structured interview being the technique of data

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Assistente Social. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial/UFSC. Email: abreuddd@gmail.com

² Ph.D, Professor titular do Depto. de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

collection. The results of this research show, through the professionals' perspective, that the transition process was characterized by a period of time where the teams were left without references to work and suffered some rejection of the areas that they assumed. The transition was also seen as a moment of team growth and ripening, and a shift in the action focus, where the mental health care and drugs use are reduced to biological health care. To the managers, the transition to basic care appears as a bet in the strategy and brings the homeless population closer to the health basic care. The managers recognize that the transition points to a fragility in the relationship of basic care and health care policy; and at the same time creates an expectation that the Clinic on the Street will become a network educator for health care for homeless population.

Keywords: Homeless population. Public Policy. Primary Health Care. Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

Ao considerar o baixo índice de procura e acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população em situação de rua e/ou usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, o Ministério da Saúde justificou a implementação de intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas *in loco* (Brasil, 2010). Nesta direção, o próprio Ministério instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas - PEAD 2009-2010, que teve como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para populações vulneráveis, bem como implementar intervenções em contextos de rua com a articulação de diferentes redes de atenção em saúde e intersetorial.

A proposta dos Consultórios de Rua na rede SUS implantada a partir de 2009 foi baseada inicialmente na experiência criada em 1999 na cidade de Salvador-BA, por Antônio Nery Filho³. O Projeto Consultório de Rua, em sua primeira versão, se constituiu como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que viviam em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população (Brasil, 2010).

³ Antônio Nery Filho é professor da Universidade Federal da Bahia - UFBA e coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

A partir de 2011, com a Portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde - MS que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, bem como descrito na nova Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria nº 2.488/2011, os Consultórios de Rua (CR) passam a ser chamados de Consultório na Rua (CnR). A partir desse momento as equipes do CnR deixam de ser responsabilidade da área técnica de Saúde Mental e passam a compor as ações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde - DAB/MS, sendo que os municípios deveriam realizar a adequação de suas equipes em uma das modalidades possíveis, bem como seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Importante salientar que as pesquisas desenvolvidas sobre o tema Consultório de e na Rua pouco explicam ou sinalizam para este processo de transição. Em revisão de literatura, Abreu (2017) encontrou poucos estudos que abordam a questão da transição e afirma que esta trouxe mudanças nas composições das equipes e alterou o escopo das ações, anteriormente focadas na saúde mental e nos cuidados relacionados ao uso e abuso de drogas. De acordo com Santana (2014), Tondin, Neta e Passos (2013) o Consultório na Rua amplia o raio de ação das equipes e assume algumas das funções previstas pela equipe de saúde da família ao olhar a saúde para além da saúde mental e do uso de drogas, efetivando os direitos à saúde da população em situação de rua. Para alguns autores, entre eles Lancetti (2015), esta modificação que compreende o deslocamento para a atenção básica, pode contribuir na garantia de recursos financeiros para a contratação de equipes específicas para tal atividade.

No mesmo sentido, Engstrom e Teixeira (2016) apontam que o CR em seu formato inicial, ofertavam um conjunto menor de atividades, se comparadas às ações que atualmente são realizadas pelos CnR implantados pela Política Nacional de Atenção Básica. A ampliação e potência de ações, como descrito nas principais orientações sobre o dispositivo, foca principalmente na perspectiva da integralidade, ultrapassando os atendimentos no campo da saúde mental e uso/abuso de álcool e outras drogas. Além disto, os autores apontam para uma abertura de espaço físico nas unidades básicas de saúde para essa população e para a equipe do CnR.

Tendo em vista a recente transição do campo da saúde mental para a atenção básica, este processo propicia vários questionamentos, dentre eles os relacionados ao processo de trabalho das equipes e aos fundamentos que embasam as ações do Consultório na rua após a ida para a atenção básica. Outras questões dizem respeito a continuidade das ações iniciadas pelas equipes dos Consultórios de Rua, a modificação e ampliação do foco das ações, a relação da equipe do Consultório na Rua com as equipes de saúde da família, a preparação dos profissionais da atenção básica para a oferta de serviços à população de rua, bem como sua compreensão sobre este modo de viver. Questões estas apresentadas inicialmente neste artigo, mas que necessitam de novas pesquisas para serem exploradas e detalhadas.

Nessa direção, este artigo, busca descrever a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios *de* Rua para Consultórios *na* Rua das cidades de Florianópolis, Joinville e Criciúma, no estado de Santa Catarina – Brasil, considerando que as três equipes passaram pela experiência de Consultório *de* Rua.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa de caráter descritiva que de acordo com Minayo (2103) permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, possibilita a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

A principal técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada, esta abordou questões que compreendiam a vivência junto ao Consultório *de* rua e *na* rua, o processo de transição, as atividades cotidianas do Consultório *na* Rua, as diferenças entre os dois serviços, o acompanhamento da gestão, bem como outras questões inerentes ao trabalho do Consultório *na* Rua nas cidades. Foram entrevistados 19 profissionais que atuam diretamente no Consultório na rua, e 10 gestores, totalizando 29 entrevistados nas três cidades. As cidades de Florianópolis e Joinville estão entre as maiores em números de habitantes do estado de Santa Catarina, 485 mil e 577 mil, respectivamente, sendo que Criciúma possui 211 mil habitantes, de acordo com a estimativa para 2017 (IBGE, 2017).

Como técnica secundária, acompanhamos o trabalho em campo das equipes dos Consultórios na Rua das cidades pesquisadas durante os meses de janeiro à junho de 2017 com visitas periódicas às equipes, por considerar a importância de se aproximar e aprofundar as reflexões sobre o processo de transição, bem como conhecer as práticas das equipes juntamente aos usuários no contexto da rua. Neste sentido, para Minayo (2013) durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, o pesquisador é parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado pelo contexto.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade, constituindo o *corpus*⁴ da pesquisa, sendo que a análise dos dados se apoiou nas técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e Minayo (2013), em sua modalidade temática, com categorias previamente definidas.

A pesquisa foi iniciada a partir do consentimento das respectivas secretarias municipais de saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob parecer número 1.828.958 e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP sob o no. de registro (CAAE): 61509716.3.0000.0121. Também se aplicou o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE aos participantes. Foram considerados os aspectos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

A partir da análise de conteúdo, focamos na categoria central, previamente proposta nesta pesquisa, a transição de Consultório *de* rua para Consultório *na* rua. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: a primeira trata da percepção dos profissionais sobre o processo de transição do Consultório *de* Rua para Consultório *na* Rua nas três cidades pesquisadas, e a segunda, explora e analisa a percepção dos gestores sobre o processo

⁴*Corpus* “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 2009, p.96).

transição, buscando diferentes olhares para um momento marcante deste dispositivo de atenção à saúde para a população em situação de rua.

Categoria 1 - A percepção dos profissionais sobre o processo de transição

O Consultório de Rua de Florianópolis, estado de Santa Catarina, iniciou suas atividades em novembro de 2011; manteve-se em funcionamento até o mês de outubro de 2012, quando a equipe, então composta por profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas - CAPS Ad ilha e Continente, paralisou suas atividades (Abreu, 2013). Mesmo com o lançamento da Norma Técnica nº12 pelo Ministério da Saúde naquele ano - que tratava da transição, entre os meses de outubro de 2012 e janeiro de 2013 não houve atividades próprias do Consultório *na* Rua na cidade de Florianópolis, embora a nova equipe já contava com alguns profissionais (inicialmente apenas assistente social e psicóloga; em maio de 2013 também um técnico de enfermagem; nos anos seguintes, enfermeiro e médico somaram-se à equipe).

A transição em Florianópolis no olhar dos profissionais, é marcada por uma ruptura total ou quase total na constituição da equipe de Consultório de Rua para Consultório *na* Rua, com retorno dos profissionais aos CAPS Ad, locais de sua atuação inicial, deixando assim de compor a nova equipe que constituiria a estratégia do Consultório *na* Rua. Conseqüentemente, conforme aponta Abreu (2013) há uma descontinuidade das ações iniciadas pelo Consultório *de* Rua, considerando que estes realizaram todo o processo de reconhecimento e abertura de campo para o trabalho na cidade. Como estratégia de atendimento e aproximação com as pessoas em situação de rua, uma das equipes buscou auxílio no serviço de Abordagem de rua da Política de Assistência Social, ao considerar que estes possuíam mais experiência com a população em situação de rua. Tal consideração é retratada na fala a seguir:

A gente acha que foi uma perda na construção do trabalho, a gente sempre avaliou como algo muito ruim... Eu acho que nunca mais vai ser a mesma coisa, teria sido diferente se a gente tivesse conhecido mais eles (equipe do CR e redutores de danos), saído mais com eles [...] (P1)

Outra questão considerada pelos profissionais de Florianópolis foi a ampliação do trabalho desenvolvido pela equipe, que passa do atendimento às situações relativas ao uso e abuso de drogas para uma visão mais ampliada de saúde da população em situação de rua, atentando-se com as diversas demandas de saúde geral dessa população, sendo este o discurso utilizado. Nesse sentido, conforme os profissionais:

[...] a equipe fazia uma abordagem na rua relacionado ao tratamento de dependência química né, então tinha esse foco, tava vinculado na atenção secundária, na média complexidade e tinha foco mais voltado para essas questões e quando passa para a atenção básica muda para Consultório na rua, muda todo o foco, o foco passa a ser a saúde integral do sujeito, e aí nisso, a gente precisa compor uma equipe multiprofissional que dê conta dessas demandas todas, que até hoje não dá conta. (P3)

[...] eu acho que quando veio pra Atenção Básica meio que isso [redução de danos] fica... é muita coisa... aí tu acaba não conseguindo abraçar tudo assim, por que o pessoal diz que na época eles saíam mesmo pra fazer redução [...] a gente até fala, conversa [...] Mas a gente não consegue fazer tudo eu acho assim, que quando era no Consultório de Rua [...] mas daí também não tinha mais o lado da saúde em si né, do tratamento, da medicação, do exame. Eu acho que se perde um pouco da redução de danos [...] (P4)

Outro aspecto que marca o processo de transição na cidade, e que se mantém até os dias atuais, é a falta de referência de coordenação no nível de gestão para o Consultório *na* Rua. A equipe se vê quase sempre desamparada quando se trata de alguém da gestão que se responsabiliza efetivamente por garantir e lutar para que a estratégia tenha suas necessidades garantidas para o exercício do trabalho cotidiano.

O Consultório *de* Rua de Criciúma/SC iniciou suas atividades em junho de 2012, com equipe formada inicialmente por três redutoras de danos, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga, totalizando sete profissionais; apenas duas não se mantiveram na equipe até a data da pesquisa, demonstrando pouca rotatividade.

A transição para Consultório *na* Rua ocorreu em outubro de 2014, enfrentando o desafio já vivenciado na implantação do Consultório *de* Rua, que foi o da efetivação e reconhecimento por parte dos gestores, conforme demonstra a fala que segue:

O projeto (do Consultório de Rua) foi elaborado e aprovado em 2010 e foi colocado em prática apenas em 2012, a transição para Consultório

na rua demorou em torno de um ano e meio, período em que ficamos no limbo: a saúde mental não nos queria mais e a atenção básica não nos reconhecia como parte dela. Foi um processo lento, mas no final deu certo. (P8)

Ao mesmo tempo apontam que, com a ida para a Atenção Básica obtiveram ganhos por parte do município (com estrutura de sala própria em uma Unidade Básica de Saúde, carro próprio, por exemplo), demonstrando certo reconhecimento do trabalho e da necessidade de investimentos na estratégia. Já em relação a uma possível alteração do foco de atuação, há opiniões divergentes: enquanto se relaciona a transição à ampliação do raio de atuação junto à saúde da população em situação de rua, também se afirma que tal cuidado já era presente nas ações do Consultório de Rua:

[...] eu não percebi mudança no atendimento não, porque na verdade mesmo que o projeto de consultório de rua tinha um foco mais para a saúde mental, não tem como tu desvincular a saúde mental da saúde geral, não dá. Então quando a gente formou a equipe, a gente formou nesse sentido mesmo, de atenção integral... quando a gente foi de fato pra rua, a gente viu que era muito maior do que só o uso da droga, então eu não percebo uma mudança na forma de lidar com o morador [...]. (P8)

De acordo com Pacheco (2015) o Consultório de Rua da cidade de Joinville/SC iniciou suas atividades nos primeiros meses de 2011, paralisando suas atividades entre 2012 e 2013, quando retomou as atividades. Já o início das ações na estratégia de Consultório na Rua em campo se deu em 2014, tendo como primeira sede uma Unidade Básica de Saúde que ficava a 6 km do centro da cidade, e somente depois foi conquistado espaço na Unidade Básica de Saúde Bucarein, localizada na região central, local com maior número de pessoas em situação de rua.

A equipe refere a experiência de resistência inicial dos gestores para a implantação do Consultório na rua, expresso pelo tempo de adequação e transição das equipes. Tal resistência, de acordo com a equipe, possivelmente era advinda do distanciamento da atenção básica do campo da saúde mental, pelo menos daqueles que ocupavam o lugar de gestores responsáveis pela implantação do Consultório na rua. Nesse sentido: *Eles tinham resistência porque [...] isso é da Saúde Mental, a gente não sabe o que fazer (P16)*. Porém, diferente dos outros municípios pesquisados, para o processo de transição a gestão da Atenção Básica da cidade de Joinville acolheu um profissional do então Consultório de

rua para se responsabilizar e participar do planejamento e implantação do Consultório *na* rua da cidade, junto à gestão do município.

Os profissionais de Joinville entendem que tal transição trouxe o reconhecimento da população em situação de rua enquanto sujeito de direito. Ao ampliar o escopo de ação e considerar os diversos problemas de saúde dessa população, a equipe afirma atuar na perspectiva da integralidade, assim: *Abriu um campo maior...A saúde integral do sujeito. (P18)*

Categoria 2 - A percepção dos gestores sobre o processo de transição

No olhar de um dos gestores do município de Florianópolis, a passagem do Consultório *de* Rua para o Consultório *na* Rua no município e no próprio país foi uma espécie de investimento e aposta, tanto da gestão local, quanto do Ministério da Saúde, no sentido de contribuir para que a atenção básica se aproximasse mais da população em situação de rua e ampliasse o campo de cuidado com a mesma.

[...] porque eu acho que a gente fez, não só a gente, mas o próprio Ministério são apostas... mudar um pouco o foco, ampliar um pouco foco na gestão do cuidado, mas eu acho que sempre se perde e sempre se ganha... eu acho que o município, ele conseguiu trazer um pouco pra atenção primária esse olhar, talvez não para todas as unidades [...]. (G1)

Nesse sentido, a presença dessa população nas unidades de saúde, principalmente para a unidade de saúde de referência da cidade, mexe com as estruturas da mesma e dos profissionais que lá atuam, e que na percepção do gestor, tem contribuído para o reconhecimento das responsabilidades para com essa população na atenção básica à saúde.

Ao mesmo tempo, coloca o desafio de adaptar as unidades de saúde para lidar com características marcantes desta população, como a dificuldade de adesão, o nomadismo, a falta de documentos, a rede de suporte familiar e social precária, e a alta exposição a violência urbana e também institucional. (G3)

Outro gestor entende a mudança da saúde mental para a atenção básica não como uma transição, mas sim como um acordo entre as políticas, fazendo com que o Consultório *na* Rua torne-se parte da política oficial do governo brasileiro. Aponta ainda esta como uma estratégia mais inclusiva, tendo em vista

que faz parte de uma política que tem a função de coordenação do cuidado na saúde.

Diante da complexidade em lidar com uma população que apresenta diferentes necessidades por sua condição de exclusão social, miserabilidade e marginalidade, um dos gestores reconhece que é necessário atuar numa perspectiva de atenção psicossocial, sendo esta uma das demandas importantes dessa população:

[...] então talvez quando a gente tinha o consultório de rua faltava contemplar alguma coisa, e eu acho que agora sendo um consultório na rua, talvez ainda falte contemplar algumas outras coisas, talvez ligando um pouco mais com atenção psicossocial a gente consiga responder outras demandas porque a gente sabe que o sujeito é um sujeito que tem uma variedade, uma complexidade como todos nós [...]
(G1)

Na cidade de Criciúma foi perceptível que a reflexão a respeito do processo de transição se deu por parte da equipe de gestores mais antigos, aqueles que acompanhavam e mantinham certa proximidade com o Consultório de Rua da cidade. Nesse sentido, percebe-se que houve por uma parte da gestão certo receio, talvez alicerçado pelo compromisso do trabalho já desenvolvido quando do momento da transição. Assim, *houve de minha parte um medo, um medo de passar para atenção básica e uma rejeição da atenção básica* (G7).

Ao acompanhar as atividades de campo das equipes se evidencia que, ao compor as ações mais direcionadas ao cuidado das doenças biológicas, esta estratégia escolhe, mesmo que muitas vezes de forma inconsciente, manter maiores distâncias dos serviços de saúde mental e quase sempre, dos cuidados com a saúde mental dos sujeitos atendidos. A fala do gestor a seguir resume tal condição:

Houve, na realidade, um distanciamento, não só físico [...] se distancia um pouco da política de saúde mental. Observei que elas precisaram buscar novas estratégias, novas possibilidades, por que a saúde mental meio que rejeitou porque foi para a atenção básica e achou que não tinha mais relação [...] (G7)

Importante assinalar que o distanciamento se dá de ambas as partes, do Consultório *na* Rua com os serviços de saúde mental, bem como destes últimos para com o primeiro. Este distanciamento que aparece em cena pode comprometer a atuação da equipe, tendo em vista que esta possui demandas muito complexas e que exigem uma atuação em rede e intersetorial.

O distanciamento de alguns serviços da atenção básica e a fragilidade das relações entre os serviços da mesma rede se expressam na fala de um dos gestores participantes da pesquisa, quando o mesmo afirma que: [...] *eles só tem uma sala aqui dentro, mas relação com a equipe em si não. Tanto que nem sabemos o nome um do outro [...]* (G5).

Nesse sentido, o processo de transição de Consultório *de* rua para Consultório *na* Rua na cidade aponta para o enfrentamento de desafios relacionados à entrada e o consequente reconhecimento das particularidades de seu trabalho no contexto da atenção básica, da manutenção e/ou reconquista de parcerias importantes para a integralidade de suas ações, bem como o exercício de intensificar e/ou incluir cuidados à saúde que exijam as chamadas tecnologias leves do campo da saúde, discutidas por Merhy e Franco (2013), nas quais o acolhimento, a escuta, empatia e o vínculo são elementos fundamentais e que marcam seu caráter relacional.

Na cidade de Joinville, o processo de transição contou com a contribuição de uma profissional que exercia liderança junto à equipe de Consultório *de* Rua, o que possibilitou um direcionamento alicerçado por conhecimentos da realidade com a continuação do trabalho já desenvolvido no município.

Um dos gestores expõe que, a partir da aproximação e entendimento da lógica e dos objetivos do trabalho, é possível reconhecer o Consultório *na* Rua como forma de suprir uma demanda de atendimento ao público atendido. Porém, para os demais, houve um impacto no que se refere à inclusão do Consultório *na* Rua no rol das ações na Atenção Básica. As resistências para a implantação do serviço se deram pelo mesmo motivo já mencionado pelos demais municípios pesquisados: a origem no campo da saúde mental e o trabalho na lógica da redução de danos.

Quando veio para atenção básica, o meu sentimento era: isso não é nosso, mas quando fui conhecendo o funcionamento eu comecei a entender que era nosso sim [...] (G9)

Essa transição ainda não é bem aceita porque em geral nossa equipe do Consultório na rua ainda é pensada na saúde mental [...] Isso é outro problema no município, uma cultura que é um pouco conservadora... o Consultório vem com a marca da redução de danos [...] tem ainda uma questão de cunho técnico, de olhares técnicos divergentes em relação a redução de danos que pode ser um complicador. (G8)

Nesse sentido, um dos gestores considera que a partir do momento em que esta estratégia chega na atenção básica uma de suas ações primordiais deveria ser a articulação com as unidades de saúde para que estas assumam o cuidado da população em conjunto com o Consultório *na Rua*. Assim:

não ocorreu ainda o momento do Consultório trazer os profissionais para a responsabilidade sanitária deles, para a responsabilidade do seu território para com essa população (G9).

No olhar dos gestores o processo de transição se constituiu como um momento de mudanças para o Consultório *na rua*; inclusive um dos gestores aponta que não se trataria de uma transição ou continuação, mas sim a criação de um novo serviço, o que de certa forma contraria ao considerarmos o Consultório *na Rua* como uma fusão das experiências do Consultório *de Rua* e do PSF sem domicílio (Brasil, 2012).

Os gestores também identificaram a existência de um certo limbo, concretizado pelo tempo de transição, no qual foi possível perceber a rejeição de alguns gestores da atenção básica, bem como por parte da área de saúde mental em uma das cidades, afinal o serviço não compunha mais diretamente as ações deste campo, ocasionando o afastamento entre estes.

4 DISCUSSÃO

Algumas questões em comum perpassam a transição dos Consultórios *de rua* para Consultório *na rua* em Santa Catarina no olhar dos profissionais. Primeiramente, a informação sobre a necessidade de transição possivelmente causou estranhamento às áreas de saúde mental e atenção básica. Talvez o limbo, o espaço de tempo em que as equipes permaneceram sem referência, ou mesmo que passaram por um momento sem saber para onde caminhar e a quem recorrer quando necessário, pode estar atrelado a esse estranhamento de sujeitos que em algum momento perguntaram-se: e agora, como faço? Para onde vou? Estaria a Atenção Básica preparada para acolher um dispositivo que pretende trazer, para bem perto do sistema de saúde, pessoas que em geral encontram dificuldades na principal porta de entrada do sistema de saúde? Tal fato aponta para a dificuldade em acolher e responsabilizar-se por uma estratégia que reúne diferentes aspectos e formas de intervenção, que parece

em alguns momentos transpor as barreiras estabelecidas historicamente no campo da saúde, como partilhado por Rosa e Santana (2018), e Santos e Almeida (2021).

O processo de transição, por um lado, desmascara as dificuldades que temos enquanto profissionais de saúde em lidar com públicos específicos e complexos, como a população em situação de rua, propondo-nos o desafio no enfrentamento desta barreira como forma de avançar na universalidade do SUS. De outro, ao concretizar a entrada do Consultório *na* Rua na Política Nacional de Atenção Básica, traz a possibilidade de ampliação de suas ações e o estabelecimento de parcerias no trabalho entre Consultório *na* rua e as equipes de saúde da família, sendo estas últimas responsáveis pela atenção integral à saúde da população dos territórios onde exercem seu trabalho cotidiano, conforme apontado por Oliveira (2009).

O deslocamento das equipes para a atenção básica certamente as aproximam, mesmo que com certa distância, das ações previstas e realizadas na atenção básica à saúde. Em contraponto, nas cidades pesquisadas, houve distanciamento geográfico dos CAPS Ad, serviços que estavam vinculados no tempo de Consultório *de* rua. Dessa forma, a troca, a discussão de caso, o compartilhamento de situações com este serviço deixa de ser rotina, e torna-se algo mais esporádico e não mais prioridade. Sem contar que grande parte dos trabalhadores dos Consultórios *de* Rua das cidades eram também profissionais dos CAPS Ad, o que de certa maneira influenciava que as questões de saúde mental e uso e abuso de álcool e outras drogas fossem objetos de intervenção cotidiana, não inviabilizando que outras questões de saúde e sociais fossem observadas e colocadas como matéria de intervenção. A percepção trazida pelos profissionais corrobora com tal perspectiva, como na cidade de Joinville, por exemplo, onde foi apontada resistência para a aceitação do Consultório *na* Rua, advinda possivelmente de diversas ordens, dentre elas, o distanciamento da atenção básica do campo da saúde mental.

O que se percebe, desse modo, é um afastamento e redução dos cuidados em saúde mental e dos problemas relacionados ao uso e abuso de drogas por essa população por parte das equipes; estas tornaram-se mais focadas em problemas de saúde de ordem biológica como tuberculose, sífilis, HIV/AIDS e outras DSTs. Assim, estaria o Consultório *na* Rua retornando a uma

lógica de atenção centrada em doenças e não na prevenção e promoção da saúde? Até que ponto as demandas mais privilegiadas pelas equipes não se voltam para uma atenção médico-centrada, já que um dos objetivos sempre presente na fala de muitos dos profissionais durante a pesquisa era referente a “conclusão do tratamento”?

Nesse sentido, Nery, Valério e Monteiro (2011) contribuem com a discussão ao chamar atenção para uma perspectiva de cuidado em saúde que transcenda o biológico, propondo então, para o Consultório *de Rua*, uma atenção em saúde que dê conta dos aspectos biopsicossociais do indivíduo, que vão além dos cuidados imediatos ao corpo físico e dizem respeito ainda, da interação do indivíduo consigo e com o meio espacial, cultural e social no qual está inserido. Nesta direção Paula *et al* (2018, p.313) lembram que os profissionais do Consultório *na Rua* devem considerar “novas formas de cuidar que superem o modelo biomédico, focado prioritariamente no componente biológico do adoecer”, o que segundo os autores implica em uma remodelação de alguns aspectos ligados ao cuidado dessa população.

Outra questão trazida na percepção dos profissionais é de que a transição para a Atenção Básica possibilita às equipes certo reconhecimento diante de seu trabalho, a conquista de mais instrumentos, espaço físico para sua organização e atendimento das demandas, sendo apoiado ainda com recursos mensais do financiamento do Ministério da Saúde, como apontado no estudo feito por Medeiros e Cavalcante (2018), que tratou da avaliação da implementação dos Consultórios *na rua* no Brasil.

A transição possibilita, inicialmente, um caminhar e adentrar nos diferentes serviços da rede de forma mais institucionalizada, sendo que pelo menos legalmente o serviço encontra-se inscrito na PNAB e como componente da RAPS. Ao mesmo tempo, é percebida uma diminuição das ações no contexto onde vive essa população – a rua nas suas diversas expressões, seja na praça, nas redondezas das ferrovias, nas marquises dos prédios, nas construções abandonadas, nos túneis, embaixo das pontes e outros lugares que a população em situação de rua costuma circular, parar e se proteger. A preocupação é se, de certa forma, as equipes a partir do processo de transição passem a permanecer mais nas unidades básicas de saúde e menos nos contextos da rua, considerando que uma atenção singularizada e que respeite o contexto

sociocultural dessa população, inicialmente parte do espaço da rua como local de acolhida e intervenção, constituindo uma experiência de clínica de rua, como referenciado por alguns autores como Queiroz (2015), Engstrom e Teixeira (2016), Louzada (2015) e Souza e Macerata (2015).

Outros aspectos que podem influenciar a dificuldade de inclusão do Consultório *na* rua na Atenção básica são relativos ao preconceito e estigmas sobre os sujeitos que vivem ou passam grande parte de seu dia na rua, espaço este que ao representar “certa liberdade” e “distanciamento da vida tradicional”, pode ser interpretado como lugar daqueles que não são merecedores de acesso aos serviços públicos, dentre eles a saúde pública, como sinalizado por Hallais e Barros (2015), e Londero, Ceccim e Bilibio (2014). Neste sentido, ao retratar as dificuldades de garantir ações para essa população, Medeiros e Cavalcante (2018) reforçam a necessidade de intensa sensibilização dos gestores para que os mesmos invistam nesta estratégia de cuidado para um acesso de qualidade a população em situação de rua, promovendo enfim, a equipe em saúde.

Nesta direção, o movimento da Reforma Psiquiátrica, como discutido por Amarante (2008), nos alerta que para alterar realmente o cenário das políticas e cuidados no campo da saúde mental é necessário além de mudanças estruturais, da própria legislação e normas, torna-se essencial ainda construir mudanças sociais e culturais, que incluam os diferentes sujeitos como parte da história, reconhecendo-os como verdadeiros sujeitos de direito. Considerando que podemos transpor esta experiência para qualquer campo de conhecimento, é necessário trabalhar numa perspectiva de desconstruir os imaginários sociais, capazes de erguer paredes que inviabilizam a construção de propostas e o acesso ao sistema de saúde e de proteção social por parte de populações socialmente excluídas, como a população em situação de rua.

Portanto, a partir do olhar dos profissionais, e, em uma análise mais aprofundada a partir desta pesquisa, o processo de transição pode ser visto por diferentes percepções. Desde aquelas relacionadas às resistências e rejeição por parte da rede de saúde para com o dispositivo Consultório *na* Rua e com a própria população em situação de rua, ou mesmo, como a possibilidade de maior inclusão da população em situação de rua no sistema de saúde, sendo essa população reconhecida como público alvo do SUS, alcançando assim, o status de sujeito de direito.

No olhar de alguns gestores (G1 e G2), a mudança da estratégia para atenção básica efetiva-se como uma aposta, e como já apontado pelos profissionais, cria-se uma disponibilidade financeira mais estável, considerando o recebimento mensal de incentivo por meio da equipe cadastrada conforme sua modalidade. Além disso, consideram que a Atenção Básica, por meio das unidades básicas de saúde, passa a se corresponsabilizar pela atenção à saúde da população em situação de rua de forma mais efetiva. A transição, no olhar de alguns gestores, aponta para novas ações e responsabilidades para os Consultórios *na Rua*, dentre elas, a de assumir um papel de formação das equipes de saúde da família para melhor acolher e atender a população em situação de rua em suas especificidades.

No entanto, é prática comum na atualidade a unidade base do Consultório *na Rua* receber pessoas em situação de rua encaminhadas por outras unidades básicas de saúde para atendimento. Isto contradiz o sinalizado pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011, pois todo profissional de qualquer unidade de saúde tem o compromisso de acolher e atender a referida população. Nessas situações, o Consultório *na Rua* pode exercer um papel de formador de rede, colocando-se à disposição das equipes, diante de algum atendimento às pessoas em situação de rua que extrapole os limites da unidade, atuando de forma a se corresponsabilizar pelo cuidado dos usuários junto aos profissionais das unidades básicas de saúde.

Outro fato apontado pelos gestores é de que a ida do Consultório *na Rua* para a Atenção Básica - considerando esta como coordenadora do cuidado na rede de saúde - possibilita que o serviço seja mais inclusivo, principalmente ao contribuir de forma direta para o acesso da população em situação de rua ao sistema público de saúde - visão também indicada pelos profissionais. Porém, o que se verifica é que na visão dos gestores, assim como na dos profissionais, houve resistência durante a transição, por considerar que o serviço anterior (Consultório *de Rua*) havia se constituído nos referenciais da saúde mental e da atenção psicossocial e, portanto, distante do trabalho desenvolvido pelas estratégias abarcadas pela Atenção Básica no contexto brasileiro. Em meio a tal percepção, no entanto, identifica-se uma referência por parte de um dos gestores, no município de Criciúma, que chega a considerar tal mudança como

perda, mas no que diz respeito ao atendimento realizado através do olhar da saúde mental, o qual avalia positivamente como um cuidado diferente.

Olhar a complexidade e trabalhar na perspectiva da integralidade é fundamental para o Consultório na Rua, o que exige um exercício dos profissionais de se orientarem pelas necessidades, desejos e defesa dos direitos da pessoa em situação de rua, de acordo com o proposto por Hallais e Barros (2015), sendo necessário reconhecer e valorizar a autonomia dos saberes e narrativas dos sujeitos, que só acontece quando tentamos romper com “saber-poder colonizador” da lógica biomédica.

Nessa direção, buscar a integralidade e intersetorialidade pressupõe transpor as barreiras de uma política governamental, apoia-se na junção de diferentes conhecimentos presentes em diversos campos e políticas, em um trabalho interdisciplinar e com os mais diversos setores. Vargas e Macerata (2018) relembram o papel fundamental das equipes de Consultório *na rua* no fortalecimento da rede, onde estes devem:

“tecer e aquecer a rede, criando relações, negociando, entendendo a lógica e a função de cada serviço, acolhendo as dificuldades, mas também tensionando a acolhida da rua e suas necessidades” (2018, p. 04).

O desafio a ser enfrentado está nas possíveis polarizações, resquícios de modelos e formações alicerçadas por experiências cartesianas, que engessam e paralisam formas mais fluidas de cuidado, de contato com os sujeitos e não consideram a necessidade do trabalho em rede, o que no contexto da saúde, e mais especificamente com essa população, pode compor-se como o não comprometer-se inteiramente com a saúde dos sujeitos.

Ao deixar de compor um trabalho em rede, afastando-se de serviços importantes, como os CAPS, o trabalho numa perspectiva da integralidade pode se enfraquecer. Neste caso específico, com o serviço de CAPS Ad, parece-nos importante o restabelecimento das parcerias e atuação conjunta, pois embora as questões relacionadas a saúde mental e ao uso e abuso de drogas não sejam mais o foco do trabalho das equipes, há epidemiologicamente dados que justifiquem uma atuação de corresponsabilização entre estes serviços, sendo

muitas vezes perdida neste processo de transição para a Atenção básica em saúde.

4 APONTAMENTOS FINAIS

A transição de Consultório *de* rua para Consultório *na* rua pode ser olhada por diferentes lentes, e neste sentido, pode assumir cores e traços que se alinham com o olhar do observador, seja ele profissional de saúde, gestor, ou mesmo pesquisador, ela marca o trabalho dos Consultórios *de* Rua e *na* Rua no Brasil como um limiar. Demarcação esta que aflora conteúdos dos mais diversos, desde a dificuldade em ofertar de forma integral cuidados em saúde para a população em situação de rua por parte dos profissionais da rede de saúde, como também a possibilidade do retorno a uma lógica de cuidado mais centrada na doença, capaz de colocar o sujeito muitas vezes entre parênteses, como afirmaram Amarante (2007) e Basaglia (1985), afastando-se de um cuidado que contemple o sujeito como parte do processo. A transição ainda foi apontada como um momento onde as equipes ampliam o raio de suas ações, contribuindo para um maior acesso à saúde por parte da população em situação de rua, podendo essa ser mais reconhecida como sujeito de direito, pelo menos no contexto da saúde.

De certa forma, o não acolhimento por parte da Atenção Básica ao Consultório *na* rua após o processo de transição, pode ser fruto do imaginário social construído sobre as pessoas em situação de rua por parte de profissionais e gestores. Atuações estas muitas vezes descontextualizadas dos princípios do SUS, no qual a universalidade e equidade ocupam um lugar de destaque, sendo estes, aportes para o acolhimento das diferentes demandas que surgem para o sistema de saúde brasileiro. Sendo que este, deve respeitar as singularidades de cada público para que a população em situação de rua acesse os serviços de forma mais igualitária e universal possível.

A transição de Consultório *de* Rua para Consultório *na* Rua a partir da pesquisa aponta para questões fundamentais que influenciam o cotidiano do trabalho das equipes, questões estas relativas a ruptura do trabalho desenvolvido pelos Consultórios *de* rua nas cidades, o enfraquecimento do trabalho na perspectiva da redução de danos, certo desamparo da gestão dos serviços manifestado pelas equipes das três cidades pesquisadas. Ao mesmo

tempo, parte das equipes afirmam que a transição aponta para um olhar mais ampliado sobre a saúde das pessoas em situação de rua, buscando assim, alcançar um cuidado integral.

Ainda, como evidenciado neste artigo e na literatura sobre o tema, é possível considerar que não há muitas informações sobre os processos de transição dos Consultórios *de* Rua para os Consultórios *na* Rua no Brasil, sendo este um espaço de possíveis pesquisas que contribuam na reflexão sobre este processo, a observar de que forma a transição incide sobre as práticas exercidas atualmente nos Consultórios *na* Rua e sua relação com a saúde da família nas diferentes cidades brasileiras. Em novos estudos, tendo em vista limitações do método, sugere-se ouvir as pessoas em situação de rua, principais interessados, sobre como percebem essa transição e os efeitos no cuidado em saúde oferecidos por este dispositivo.

Por fim, a partir desta pesquisa, propõe-se que sejam realizados diversos investimentos nos Consultórios *na* rua, na intenção de potencializá-los para um trabalho efetivo junto à população alvo, pois a transição altera alguns aspectos do cuidado, sendo que a perspectiva da integralidade pode enfraquecer-se. Ao se enfraquecer, corre o risco de ser retomado um olhar simplista sobre a saúde dos sujeitos, onde os cuidados centrados nos aspectos de ordem biológica podem retornar e ocuparem um lugar central na oferta de cuidados, a perder reconhecimento sobre a complexidade e necessidades dessa população.

As equipes precisam de profissionais de diferentes áreas e capacitados, que congreguem diversos saberes e conhecimentos em torno da vida e da saúde da população em situação de rua, portanto, é necessário o investimento em formações que contribuam para que as equipes se adensem teoricamente sobre as temáticas que giram em torno dessa população. Formação, reconhecimento e apoio às equipes, são aspectos importantes para a garantia de um cuidado mais integral, singular e que responda às principais necessidades da população em situação de rua. Além disso, há um trabalho temporal a ser realizado com as diferentes equipes que atuam na atenção básica para que acolham e se co-responsabilizem pelo cuidado da população em situação de rua em um fazer articulado ao Consultório *na* rua.

REFERÊNCIAS

ABREU, Deivid de. *Pessoas em situação de rua, uso de drogas e Consultório de Rua*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 168p.

ABREU, Deivid de. *Consultório na Rua: Atuação dos profissionais em Santa Catarina*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. 261 p.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília – DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 ago 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 15 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 06 jun. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html Acesso em: 25 mai. 2017.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016.

HALLAIS, Janaina Alves da Silveira.; BARROS, Nelson Felice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html> Acesso em 12 dez 2019

JORGE, Jorgina Sales; MOREIRA, Roberta Dorvillé. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma. (orgs.). *Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 125-136.

LANCETTI, Antônio. *Contrafissura e plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec, 1ª ed., 2015.

LONDERO, Mario Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface*. Botucatu (SP), v.18, n. 49, p. 251-60, 2014.

LOUZADA, Laila Oliveira. *Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, 2015. 125p.

MEDEIROS, Cristiane Reis Soares; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório da Rua: barreiras e facilitadores. *Saude Soc*. São Paulo, v. 27, n.3, p.754-68, 2018.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. (orgs.). *Trabalho, produção do*

cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1 ed. - São Paulo: Hucitec, 2013. p. 138-148.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

NERY FILHO, Antônio; VALÉRIO, Andreia Leite Ribeiro.; MONTEIRO, Luis Felipe. *Guia do Projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

OLIVEIRA, Miriam Graice Plena Nunes de. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Dissertação de Mestrado. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. 151 p.

PACHECO, Joice. *População em situação de rua tem sede de quê? Relato da implantação do Consultório na rua da cidade de Joinville*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 240p.

PAULA, Hermes Candido de. et. al. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, n.71, p.3010-15, 2018.

ROSA, Anderson da Silva; SANTANA, Carmem Lucia de Albuquerque de; Consultório na Rua como boa prática em saúde coletiva. *Rev. Bras. Enferm.*, n.71, p.501-2, 2018.

SANTANA, Carmen. Outreach clinics on the street? Reflections on new policies for homeless people's health. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1799, 2014.

SANTOS, Amanda Rodrigues dos; Almeida, Patty Fidelis de; Coordenação do cuidado no Consultório da rua no Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v.45, n.129, p.327-339, 2021.

SOUZA, Tadeu de Paula.; MACERATA, Iacã. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *AYVU - Revista de Psicologia*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 03-23, 2015.

TONDIN, Mara Cristina; NETA, Maria da Anunciação Barros; PASSOS, Luis Augusto. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *R. Educ. Públ. Cuiabá*, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

VARGAS, Everson Rach; MACERATA, Iacã; Contribuições das equipes de Consultório da rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 42, n.170, p.01-05, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49526> Acesso: 09 nov. 2021.