

GABRIEL GONÇALVES MARIANO

**Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação,
implementação e participação da Odontologia no programa**

São Paulo

2019

GABRIEL GONÇALVES MARIANO

**Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação,
implementação e participação da Odontologia no programa**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Profa. Dra. Ana Estela Haddad

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Mariano, Gabriel Gonçalves.

Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa / Gabriel Gonçalves Mariano ; orientadora Ana Estela Haddad -- São Paulo, 2019.

92 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontopediatria. – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Pessoas em situação de rua. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Consultório odontológico. I. Haddad, Ana Estela. II. Título.

Mariano GG. Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências..

Aprovado em: / / 2019

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Dedico e agradeço imensamente,

À **Estela**, minha querida mãe, representação de mulher guerreira. Símbolo maior do afeto e dedicação. Me deu, além da vida, todo o amor e carinho que alguém pode proporcionar.

Ao meu pai, **Benedito**, conhecido por muitos como o grande **Mariano**, meu melhor amigo e conselheiro. Grande exemplo de pessoa e profissional. Obrigado por tudo o que me ensinou, e segue ensinando, sobre a luta na defesa dos direitos humanos.

Aos meus irmãos, **Lucas e Erika**, pela companhia, pelas grandes memórias e pela parceria ao longo de toda vida. Ao lado deles aprendi que a irmandade, de sangue ou de coração, é o laço forte e seguro que nos mantém unidos.

Ao querido sobrinho **Daniel**, nosso caçula... nosso legado. Imagem daquilo que existe de mais puro e sincero em nossos corações.

A minha avó, **Sonia Rainho**, quem primeiro nos ensinou a importância da luta coletiva pela igualdade e pelo direito à moradia digna.

Aos tios **Wilson José e Antonio Vasco**, grandes amigos e conselheiros, que trazem sempre que possível o prazer de sua companhia e a sabedoria de suas palavras.

Às tias **Regia Maria, Monica Godoy, Marilia Negrão e Olga Abrami** - Pelo cuidado, afeto e ajuda em todos os sentidos e possibilidades.

Aos amados avós **Odilon, Laudelina, Maria e Hermógenes**, ao querido **Marco Antonio** e a querida **Conceição**, que nos deixam lindas lembranças e imensa saudade (*in memoriam*).

À minha orientadora, **Prof.^a Ana Estela Haddad**, por quem tenho imensa admiração e respeito. Agradeço por toda a confiança, orientação e paciência. Foi uma experiência fantástica conviver e compartilhar do conhecimento de alguém tão especial.

Aos muitos amigos dessa maravilhosa caminhada. Cito aqui, como representantes: Da vida: **Willian, Wilson e Wesley Rocha, Allan e Thiago Rainho, Samantha Aparecida, Mauricio Godoy, Bianca Santos, Lidiane Gonzales, Marcio Arinelli, Fernanda Fadel, Kalil Garcia, Moises Augusto, Nilsen Lima.** Da graduação para a vida - **João Rodolfo, Amalia Cristina, Samanta Vicente, Maria Eduarda (Duda) Franco, Lucas Fernandes, Natali Shimabukuro e Karina Haibara.** Agradeço pela companhia, pela ajuda e pelos muitos ombros amigos, pois essa caminhada de dois anos foi repleta de aprendizagem, mas também de alguns tropeços.

À **Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo** e ao **Departamento de Odontopediatria e Ortodontia**, em especial aos queridos **Júlio, Antonio, Fátima e Anne.** Muito obrigado por toda ajuda e parceria.

Aos professores que tanto me acompanharam nessa empreitada - **Prof. Dr. Marcelo José Strazzeri Bönecker, Prof.^a Dr.^a Ana Lídia Ciamponi, Prof.^a Dr.^a Daniela Prócida Raggio, Prof. Dr. Fausto Medeiros Mendes, Prof. Dr. José Carlos Pettorossi Imparato, Prof.^a Dr.^a Mariana Minatel Braga Fraga, Prof.^a Dr.^a Marcia Turolla Wanderley e Prof.^a Dr.^a Maria Salete Nahás Pires Correa** - meu especial agradecimento por todo o aprendizado.

Ao meu orientador dos tempos de iniciação científica, **Prof. Dr. Luiz Eugenio Nigro Mazzilli**, querido mestre e amigo, obrigado pelos ensinamentos e conselhos sobre este projeto e pelas nossas maravilhosas conversas.

Ao **Prof. Dr. Carlos Botazzo**, por toda a sua rica produção científica, sua sensibilidade e seu olhar perspicaz que muito contribuíram com a elaboração deste estudo.

À **Prof.^a Dr.^a Doralice Severo da Cruz**, que tanto contribuiu no decorrer deste projeto, agradeço todo o auxílio e colaboração.

Ao **Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita**, por sua contribuição e todas as ideias apresentadas durante o exame de qualificação.

A todos os colegas da pós-graduação do Departamento de Odontopediatria e de todos os departamentos da FOU SP com quem tive contato. Citar todos seria difícil. Para representá-los da melhor forma, os queridos e queridas **Ana Carolina Corazza, Andressa Nery, Camila Huanca, Carlos Javier Arauzo, Deise Garrido, Elizabeth Rocha, Emanuella Pinheiro, Gabriela Sá, Larissa Lemme, Leticia Arima, Rodolfo de Carvalho, Rodrigo Boranga, Taciana Couto**. Meus parceiros de estágio clínico, de estudos, de boas conversas na “salinha”, com quem dividi muito nesses dois anos. Companheiros para toda a vida! Muito obrigado!

A **Rede Nacional de Consultório na Rua e de Rua**, na figura de Daniel de Souza. Às **Equipes de Consultório na Rua** de todo o Brasil pelo empenho e dedicação. À equipe de Consultório na Rua da Cidade de Osasco, na figura da **Dra. Carmen Sandra Modesto Guedes** que, além de toda a ajuda e aprendizagem, foi o elo de aproximação junto à rede nacional e aos coordenadores. Seguimos juntos nessa luta!

Ao **Movimentos Nacional e Movimentos Estaduais para a População em Situação de Rua**, aos **Movimentos das ocupações**, por me receber com tanta gentileza em nossos breves encontros, pela luta coletiva, por não ceder diante das dificuldades, por dar voz aos “invisíveis” e por continuar acreditando na possibilidade de uma vida com mais autonomia e mais dignidade. Seguimos juntos na luta!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

“Aos meus filhos Lucas, Gabriel e Erika, parte majoritária de minha alma, deixo como legado não riqueza, mas a opção de servir o povo e a radicalidade no trato da coisa pública”

Benedito Domingos Mariano

RESUMO

Mariano, G.G. Programa Consultório na Rua: revisão integrativa sobre as normas de criação, implementação e participação da Odontologia no programa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Original

A desigualdade social na população brasileira traz inúmeros desafios à manutenção e à garantia de direitos, sobretudo no escopo da saúde. O programa Consultório na Rua se destaca como estratégia de atendimento integral à saúde para a População em Situação de Rua, atuando de forma descentralizada, multiprofissional, dentro das diretrizes da atenção primária à saúde. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a produção científica referente ao programa desde a sua implantação e a documentação oficial referente ao programa. Além disso foi realizada análise sobre o estágio de implementação do programa e um recorte da sua atuação na região metropolitana de São Paulo para análise da implementação e do papel da odontologia no programa. A busca reuniu 16 artigos, publicados entre 2013 e 2018, localizados nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS e seis documentos oficiais envolvidos na elaboração e implantação do programa encontrados nas bases de dados oficiais do governo federal. Muitas foram as abordagens metodológicas adotadas nos estudos encontrados, com destaque para os estudos observacionais. Destacou-se na documentação a gestão interministerial e descentralizada no desenvolvimento das estratégias de ação. A evolução das práticas de atenção e o trabalho multiprofissional foram também destacados. O programa conta atualmente com 159 equipes em todo o Brasil, sendo que 27 estão na região metropolitana. A implementação do programa está em constante crescimento. A região metropolitana se destaca pelo número de equipes e pela implantação de estratégias inovadoras, como as UOM. O profissional de odontologia deve entender seu papel como potencial redutor de danos para produzir atenção e cuidado além do modelo técnico-clínico, visualizando o indivíduo no seu ambiente, em sua totalidade e subjetividade.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas de Saúde; Consultório na Rua

ABSTRACT

Mariano GG. Street office program (Consultório na Rua): integrative review of the norms of creation, implementation and participation of dentistry in the program [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Original.

Social inequality in the Brazilian population brings numerous challenges to the maintenance and guarantee of rights, especially in the scope of health. The Street Clinic (Consultório na Rua) program stands out as a comprehensive health care strategy for the homeless population, acting in a decentralized, multi-professional manner, within the guidelines of primary health care. An integrative literature review was conducted to analyze the scientific production related to the program since its implementation and the official documentation related to the program. In addition, an analysis of the program implementation stage and a review of its performance in the metropolitan region of São Paulo was performed to analyze the implementation and role of dentistry in the program. The search gathered 16 articles, published between 2013 and 2018, located in the databases LILACS, SciELO, VHL and six official documents involved in the elaboration and implementation of the program found in the official databases of the federal government. There were many methodological approaches adopted in the studies found, especially observational studies. The documentation highlighted the inter-ministerial and decentralized management in the development of action strategies. The evolution of attention practices and multiprofessional work were also highlighted. The program currently has 159 teams from all over Brazil, of which 27 are in the metropolitan region. The implementation of the program is constantly growing. The metropolitan region stands out for the number of teams and the implementation of innovative strategies, such as the UOM. The dental professional should understand his role as a potential harm reducer to produce attention and care beyond the technical-clinical model, visualizing the individual in their environment, in its entirety and subjectivity.

Keywords: Homeless Persons. Primary Health Care. Public Health Policy.
office on the street

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 - Fluxograma da busca (Artigos científicos)	36
Figura 5.2 – Mapa Barueri	50
Figura 5.3 – Mapa Embu das Artes	50
Figura 5.4 – Mapa Guarulhos	51
Figura 5.5 – Mapa Mauá	51
Figura 5.6 – Mapa Osasco	51
Figura 5.7 – Mapa Santo André	52
Figura 5.8 – Mapa São Bernardo do Campo.....	52
Figura 5.9 – Mapa São Paulo.....	52
Figura 6.1 – Modalidades CnaR.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 5.1 - Documentos relacionados ao Programa CnaR - ano de publicação, setor responsável, título e principais pontos	34
Quadro 5.2 - Características gerais dos estudos científicos selecionados.....	36
Quadro 5.3 - Identificação dos estudos selecionados na busca - ano de publicação, autoria, objetivo, método, principais resultados e conclusões.....	37
Quadro 5.4 - Número de equipes CnaR por estado	48
Quadro 5.5 - Equipes CnaR nas capitais	49
Quadro 5.6 - Composição das equipes CnaR da Região Metropolitana	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS - Agente de Ação Social

AC - Acre

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunoeficiency Syndrome)

AL - Alagoas

AM - Amazonas

AP - Amapá

APS - Atenção primária à saúde

ASS ADM. - Assisntente Administrativo

ASS SOC. - Assistente Social

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

Aux. Enf. - Auxiliar de Enfermagem

BA - BAHIA

BVS - Biblioteca virtual em saúde

CD - Cirurgião Dentista

CE - Ceará

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CF - Constituição Federal

CIAMP-Rua - Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional de População de Rua

CMRR - Centro Mineiro de Referência em Resíduos

CnaR - Consultório na rua

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNES - Cadastro Nacionais de Estabelecimentos de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COSEMS-SP - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DF - Distrito Federal
DST - Doença Sexualmente Transmissível
EAB - Equipe de Atenção Básica
EMPLASA - Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano S/A
ENF - Enfermeiro
ENIPSA - Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo
ES - Espírito Santo
ESF - Equipes de Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
GO - Goiás
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS - Lei orgânica da Assistência Social
MA - Maranhão
MCid - Ministério das Cidades
MDS - Ministério do desenvolvimento social e combate a fome
ME - Ministério dos Esportes
MEC - Ministério da Educação
MED - Médico
MG - Minas Gerais
MINC - Ministério da Cultura
MJ - Ministério da Justiça
MS - Mato Grosso do Sul
MS - Ministério da Saude
MT - Mato Grosso
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
NASF - Núcleo de apoio a Saúde da Família
PA - Pará

PB - Paraíba
PE - Pernambuco
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para à Saúde
PI - Piauí
PIB - Produto Interno Bruto
PMSP - Prefeitura do Município de São Paulo
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNPSR - Política Nacional para a População em Situação de Rua
PR - Paraná
PSF - Programa Saúde da Família
PSI - Psicólogo
PSR - População em Situação de Rua
RJ - Rio de Janeiro
RN - Rio Grande do Norte
RO - Rondônia
RR - Roraima
RS - Rio Grande do Sul
SAE - Serviço de Assistência Especializada
SAPS - Secretaria de Atenção Primária a Saúde
SC - Santa Catarina
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SE - Sergipe
SP - São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
T.O. - Terapeuta Ocupacional
TGN - Técnica de Grupo Nominal
TO - Tocantins
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UOM - Unidade Odontológica Móvel
USF Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	PROPOSIÇÃO	31
3	JUSTIFICATIVA.....	32
4	METODOLOGIA	34
5	RESULTADOS.....	39
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO	60
7	CONCLUSÕES	83
	REFERÊNCIAS.....	85

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade social na população brasileira traz inúmeros desafios à manutenção e à garantia de direitos, sobretudo no escopo da saúde. Na prática, o setor da saúde ainda encontra obstáculos para atingir um grau expressivo de sucesso nas ações de atenção, proteção e recuperação da saúde da população excluída, em especial a população em situação de rua das grandes cidades brasileiras(1).

A narrativa e crescimento da população em situação de rua no Brasil são caracterizados pela dificuldade de ascensão e transição social, influenciados diretamente pelo histórico de políticas assistencialistas focais, enxergando a desigualdade social de perspectivas isoladas (1).

A resolução nº466/2012 traz em sua diretriz nºII.25 a caracterização de vulnerabilidade:

Vulnerabilidade - estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido (2).

Ao contextualizar a população em situação de rua (PSR), o termo vulnerabilidade dispõe de dois conceitos distintos. Um é a correlação do termo vulnerabilidade como um fato inerente à vida humana, isto é, todos estão suscetíveis a situações potenciais de vulnerabilidade. A outra interpretação específica situações concretas que podem envolver diferentes segmentos da sociedade humana moderna mais sensíveis dentro do modelo atual de corpo social, como os grupos minoritários, grupos indígenas, idosos, crianças, dentre outros. Estes grupos são descritos como vulneráveis, portanto mais suscetíveis as situações potenciais de vulnerabilidade(3).

Quando falamos especificamente da população de rua, as situações potenciais passam a ser situações concretas, caracterizado pela exclusão social em suas mais diversas vertentes, como fome, desemprego, falta de moradia, violência, restrição de direitos diversos, condição de miserabilidade. Schramm descreve que essa designação concreta e específica sobre as potencialidades do termo ganha o nome de **vulneração** (4).

Inserido neste contexto se coloca a questão que envolve o acesso a saúde. Além de grupos considerados vulneráveis, a condição de efetivamente habitar as ruas traz

consigo a caracterização do indivíduo vulnerado como alguém atingido concretamente pelas situações potenciais de vulnerabilidade, invocando na sociedade a obrigação moral e ética de proteção e ações específicas e intensificadas para alteração da condição de vida dessas pessoas(3,4).

No Brasil, o tema da população de rua tem inúmeros acontecimentos de apoio e repressão que trouxeram uma densa e complicada visão da sua atual situação nas ruas pelo país.

A exposição muitas vezes deletéria e negativa destes cidadãos em conjunto com uma frequente repressão do estado somada ao preconceito e à cobertura enviesada por reportagens de alguns veículos de mídia, criaram uma grande barreira de convivência e aceitação dentro da própria sociedade, observando-se algumas opiniões contrárias à implantação de programas de inclusão e atenção à saúde para essas pessoas (5).

Aproximando-se do atendimento em saúde propriamente dito, essas campanhas contrárias acabam por dificultar o já difícil acesso e minar os canais de relacionamento e comunicação criados pelos programas de saúde e assistência, pois a insegurança e a constante tensão trazem consigo o receio e a desconfiança daqueles que são constantemente brutalizados em ações truculentas e higienistas do estado (5).

O acesso a saúde em si é um desafio, pois são múltiplos os aspectos que dificultam o alcance da população em situação de rua aos serviços essenciais. Fatores como a dificuldade em obter e manter documentações pessoais de identificação, restrição de atendimento na demanda espontânea, e muitas vezes o próprio preconceito, partindo de profissionais responsáveis pelo atendimento e da sociedade civil, trazendo uma visão estigmatizada das condições de vida na rua (6).

As doenças bucais mais comuns como cárie dentária e doenças associadas à placa bacteriana, consideradas um importante indicativo das desigualdades sociais em nível global, afetam em grande proporção as populações mais vulneráveis em todos os países. A dificuldade de acesso a serviços de saúde e as condições precárias de higiene no ambiente da rua influenciam no alto índice de doenças bucais na população de rua (7).

Esse processo de privação de direitos e oportunidades é inegavelmente maior e mais perceptível na parcela dos cidadãos que estão em situação de rua em grandes centros urbanos. Parcela esta que aumenta progressivamente nos grandes centros. Um levantamento realizado pela Fipe em conjunto com a Prefeitura Municipal de São

Paulo mostra que em 2015 o número de pessoas em situação de rua na cidade já ultrapassava os 15.900, quase o dobro dos 8.700 nos dados relativos ao ano 2000 na capital (8).

No histórico das políticas de atenção para a população em situação de rua, após a redemocratização no Brasil e, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), tornou-se possível discutir estratégias sobre o ideal de igualdade de direitos, descritos com ênfase nos artigos 5º e 6º da CF. (9)

Na saúde, o poder público brasileiro sempre margeou a população de rua na implantação de estratégias e programas nacionais de atenção. Neste contexto, é inegável o destaque para o início das práticas públicas universais, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema unificado de saúde para todo o território nacional e sua população, garantidos nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade. Pelo princípio da equidade, o sistema deve assegurar a todos os cidadãos atendimento de suas necessidades de acordo com as suas prioridades, analisando as características e vulnerabilidades de cada caso, já que com a equidade objetiva-se diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais, caracterizado como o princípio de justiça social (10).

A partir deste momento foi realmente possível discutir e nortear programas de assistência a população de rua, numa visão ampliada dos determinantes sociais e qual a melhor estratégia de atuação (10).

A partir da década de 70, destacamos alguns acontecimentos, lutas e conquistas importantes para a criação de estratégias em saúde para a população de rua brasileira:

- **1970/80 – A pastoral do povo da rua da igreja católica dá início ao movimento de apoio e organização da população em situação de rua e criação de seus movimentos populares, com destaque dos grupos nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte. Destacam-se também a inserção das casas de assistência e apoio para realização de eventos e de mobilização social em prol dessa população (11).**
- **1993 – Fórum nacional de estudos sobre a população de rua, realizado em Belo Horizonte pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social é um importante marco da inclusão das ações voltadas a população de rua na agenda política. A iniciativa reuniu vários setores e segmentos sociais**

para discutir e conhecer a realidade da vida na rua para elaborar estratégias e políticas públicas que promovam melhora na realidade de vida da população em situação de rua (11,12).

- **1995 – “O Grito dos excluídos”.** Movimento nacional contra a desigualdade social foi realizado em mais de 170 municípios por iniciativa das pastorais, tendo como ênfase os abandonados e esquecidos da sociedade. A marcha foi organizada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Organizações sindicais e movimentos sociais no dia 7 de setembro de 1995, em paralelo as comemorações pelo dia da independência. Essa ação popular já tem 24 anos de existência e sua última edição ocorreu em 2018, tradicionalmente seguindo a mesma data desde a primeira marcha (13,14).
- **2001 – 1ª Marcha nacional do povo da rua –** Organizada pelo movimento dos catadores de materiais recicláveis, teve forte adesão do Movimento da População de Rua da cidade de São Paulo. Essa marcha é descrita como o primeiro evento nacional das lutas do povo da rua, com pautas vinculadas aos seus interesses diretos e imediatos (15,16).
- **2004 – “Massacre da Sé” -** Em agosto de 2004 sete moradores de rua foram espancados até a morte enquanto dormiam nas escadarias da Catedral da sé. Outros oito foram agredidos durante a ação e conseguiram sobreviver. Mesmo após a pressão dos movimentos sociais e pastorais, o crime segue sem conclusão ou punições após 15 anos (17).
- **2004 – Aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS,2004)** (18).
- **2005 – Durante o 4º Festival lixo e cidadania** promovido pelo Centro Mineiro de Referência em Resíduos (CMRR) é fundado o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, fruto das articulações dos movimentos da população em situação de rua das cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo horizonte. O Movimento Nacional ganha força e voz a partir da crescente indignação pelo massacre das escadarias da Catedral da Sé (19).
- **2005 – I Encontro nacional sobre população de rua -** O encontro teve como objetivo reunir os diversos movimentos, órgãos governamentais e entidades sociais que estão desenvolvendo ações com população em situação de rua na busca por estratégias para construção de políticas públicas além de apresentar aos estados e municípios e entidades relacionadas a população em situação de rua as principais iniciativas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (20).

- **2005 – Lei 11.258/2005 – Altera a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993, incluindo a obrigação do oferecimento de atendimento e criação de programas especializados para a população de rua, visando uma ação intersetorial (21).**
- **2006 – Criação do grupo interministerial para elaboração de estudos e propostas de ação intersetorial entre as ações de todos os ministérios para a inclusão social da população em situação de rua (22).**
- **2009 – II Encontro nacional sobre população de rua – Neste encontro foram estabelecidas as normativas e bases da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) além da criação do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional de População de Rua (CIAMP-Rua) (23).**
- **2009 - Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento (24).**
- **2011 - Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e determinação das principais atividades das Equipes de Consultório na Rua (25).**
- **2012 - Portaria nº122/GM/MS de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua, bem como seus tipos de modalidade (26).**

Ao decorrer deste percurso, diversas estratégias têm buscado aproximar os recursos públicos da população em situação de rua. Em 2011, na criação da PNAB, os primeiros passos para a criação da estratégia Consultório na Rua (CnaR), atual estratégia federal, em conjunto com os órgãos municipais, para prestação de serviço itinerante e universal a PSR, servindo inclusive como facilitador e porta de entrada para os serviços públicos de saúde (25,26).

Desde sua implantação, o programa tem ganhado proporção e alcance em todo o território, tornando-se um foco de investigação em todas as áreas e especialidades da saúde. Neste estudo pretendemos investigar a produção científica sobre a estratégia CnaR desde a sua implantação além da análise dos documentos oficiais relacionados a criação e normatização do programa.

A implementação compreende o que é gerado entre o estabelecimento de uma intenção do governo realizar ou parar de realizar algo e o seu último impacto (27).

Estudos sobre implementação descrevem a importância dessa fase no processo

de políticas públicas, já que influencia nos resultados das políticas. Ao estudar a implementação de uma política, pesquisadores mostraram como a presença de diversos atores com perspectivas e visões distintas sobre a política gera distorções e falhas na implementação (28).

Inserido nessa contextualização também será foco do estudo a etapa atual de implantação do programa, tendo como base as equipes espalhadas pelos estados e municípios juntamente com um recorte sobre o atendimento na região metropolitana, com ênfase no oferecimento e assistência em saúde bucal à PSR.

2. PROPOSIÇÃO

1.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão bibliográfica integrativa sobre as normas, a implementação do Programa Consultório na Rua em diferentes municípios brasileiros, identificando a presença e distribuição das equipes de saúde bucal, e os estudos e artigos científicos publicados sobre o Programa desde a sua criação.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e fazer a análise documental sobre a estruturação e normativa do programa Consultório na Rua;
- Conhecer o estágio atual de implementação do programa, com ênfase na distribuição das equipes;
- Realizar a revisão bibliográfica integrativa sobre a produção científica já publicada desde o início das atividades do programa.

3 JUSTIFICATIVA

O Brasil não possui dados oficiais sobre a população em situação de rua. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) traz essa ausência como alerta para a dificuldade de implantação de políticas públicas que atendam de maneira digna e eficaz essa população. Outro importante dado vem das cidades que fazem suas estimativas locais. As pesquisas mostram um aumento da população de rua, em especial nas capitais (29). Como exemplo o já citado o censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, que apontou um aumento de mais de 4% no contingente de pessoas em situação de rua entre 2000 e 2015. No ano de 2018, a prefeitura municipal estimava que ao menos 20 mil pessoas estavam vivendo nas ruas da cidade, antecipando a necessidade de um novo censo que seria feito apenas em 2020 (30).

Neste contexto social preocupante, o programa CnaR, instituído na PNAB em 2011, tem sido a principal estratégia para ampliar e facilitar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, visando oferecer atendimento integral, itinerante e multiprofissional de saúde nos locais de vivência dessa população.

Até 2018 existiam 140 equipes atuando em 24 dos 26 estados da federação (31), as exceções são Roraima e Sergipe.

Os dados e produções científicas sobre o programa CnaR ficam muitas vezes restritas aos dados municipais, sem ampla visão de seu alcance e divulgação, configurando esse o tema como um campo de investigação a ser aprofundado.

Em relação ao estágio de implantação consideramos importante analisar a atual situação do programa no território nacional e quais cidades já possuem o programa. Sobre o recorte regional, a escolha da região metropolitana de São Paulo se dá pela sua importância econômica e populacional frente ao restante do país. A região metropolitana de São Paulo possui 39 municípios, com uma população de aproximadamente 21,6 milhões de habitantes e uma riqueza que representa 55% do PIB do estado de São Paulo e quase 18% do PIB nacional (32).

Dentro do estudo realizado pelo IPEA em 2016, estimava-se que 101.854 pessoas viviam em situação de rua em 2015 e 48,89% dessa população está nas ruas da região sudeste, que possui as três maiores regiões metropolitanas do país. Na região

metropolitana de São Paulo, leva-se em consideração o grande porte de seus municípios sendo duas metrópoles (+ 900.000 hab.) e ao menos 27 municípios de grande porte (+ 100.000 habitantes), considerados pelo estudo os locais de maior concentração da população das ruas. Em percentuais, a cidade de São Paulo possui mais de 15% de toda a população em situação de rua brasileira dentro da estimativa descrita. Surge nesta relação o paradoxo da importância econômica em confronto com a grande desigualdade existente na maior região metropolitana do país, evidenciando a importância da atuação das equipes de Consultório na Rua dentro desses municípios. No âmbito da saúde bucal, sua análise se mostra importante na descrição da distribuição das equipes de atuação na rua em seminários e outros estudos, sendo que a saúde bucal ganha importante destaque no texto de apresentação do programa CnaR no endereço eletrônico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (33): “[...] É importante destacar, ainda, que o cuidado em saúde da população em situação de rua deverá incluir os profissionais de Saúde Bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas.”

4 METODOLOGIA

Revisão Integrativa

A revisão integrativa consiste no método analítico que busca a síntese dos conhecimentos acerca de um tema específico, possibilitando a incorporação de estudos experimentais e não-experimentais, proporcionando uma avaliação mais completa e abrangente do tema sem que se perca o rigor metodológico. É um método de pesquisa importante para saúde, pois permite sintetizar resultados de estudos diferentes e independentes, aglutinando informações que podem ser relevantes para o desenvolvimento das técnicas, programas e estratégias de saúde na busca do melhor benefício para o paciente, na perspectiva individual, ou para a coletividade, no caso de ações de saúde, programas e políticas públicas (34).

Além disso, muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura e produzir análises críticas de todo o conhecimento científico disponível sobre determinado assunto, devido ao alto volume de publicações (35).

O processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura. Para a construção da revisão deve-se percorrer seis fases distintas. A seguir serão descritas as respectivas fases juntamente com a etapa correspondente do estudo (34,35):

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora

A definição da pergunta norteadora é a fase inicial e mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, embasa os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado.

Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador (34).

A pergunta norteadora do estudo é: ***Do que consiste, quais as normas de funcionamento do programa Consultório na Rua? Qual o seu estágio atual de***

implementação, que resultados podem ser identificados com base na análise dos artigos científicos já publicados sobre o programa?

2ª Fase: busca em bases de dados na literatura

Inerentemente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases reconhecidas e oficiais. Os critérios precisam garantir a representatividade do conteúdo, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. Deve-se, portanto, expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos (34,35).

Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

Após a elaboração da pergunta norteadora deste estudo, fez-se a inclusão dos descritores em ciências da saúde (DeCS) utilizados na busca. Para a seleção dos estudos os descritores usados inicialmente foram: **pessoa em situação de rua; atenção primária à saúde**. A seguir, procedeu-se à busca dos artigos nas bases de dados selecionadas: *Scientific Electronic Library Online*(**SciELO**), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*(**LILACS**), *Biblioteca Virtual em Saúde*(**BVS**). Foram encontrados poucos estudos utilizando apenas estes descritores que constam do DeCS (SciELO n=7; LILACS n=4; BVS n=10). Realizou-se outra busca, agora com o acréscimo do termo **consultório na rua**. O resultado final trouxe uma gama maior de artigos sobre o tema (SciELO n=11; LILACS n=13; BVS n=20). É importante salientar que o termo “consultório na rua” não consta na base de dados do DeCS, porém seu acréscimo na busca ampliou consideravelmente o número de estudos encontrados.

Ainda nessa etapa foram propostos os critérios de inclusão e exclusão para os estudos selecionados. Como critérios de inclusão temos: artigos completos; disponíveis eletronicamente; publicados desde a criação e início da implementação do programa até os dias atuais e; que tratem do tema da saúde da população em situação de rua. Constituíram critérios de exclusão: revisões de literatura e; artigos em duplicidade.

A busca dos documentos oficiais foi realizada no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde (MS)* e da Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, que corresponde ao extinto MDS**. Os documentos selecionados são divididos em dois grupos:

- 1 – Lei e políticas nacionais que antecederam o programa CnaR, porém foram importantes na evolução das políticas e estratégias para a PSR;
- 2 – Política nacional e portaria que estruturam e normatizam o programa CnaR e determinam as diretrizes de sua implantação.

3ª Fase: coleta de dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro (34).

4ª Fase: análise crítica dos estudos e documentos incluídos

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. (34). Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre as abordagens, o revisor pode optar pela aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. Tais abordagens apresentam vantagens e desvantagens, sendo a escolha da mais adequada uma tarefa árdua do revisor que deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados (34,35).

5ª Fase: discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses(34,35).

6ª Fase: síntese e apresentação da revisão integrativa

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada (34,35).

Estágio de implementação do programa Consultório na Rua e dados das equipes da Região Metropolitana de São Paulo

A coleta de dados sobre do estágio de implantação do programa CnaR e das equipes da Região metropolitana de São Paulo foi feita a partir dos dados e informações obtidos através do Cadastro Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES)(36). Neste banco de dados estão dispostas todas a informações dos estabelecimentos de saúde brasileiros e suas respectivas equipes. Os dados de domínio e acesso público utilizados dispensam a submissão junto ao comitê de ética em pesquisa. Isso é descrito no artigo 1º da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (37):

Res. 510/2016 - Artigo 1º:

Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências

Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III – pesquisa que utilize informações de domínio público;

IV - pesquisa censitária;

V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e

VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;

VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e

VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

Na caracterização das cidades da região metropolitana foram utilizadas informações contidas nos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (38) e do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, com dados de IDH e índices de emprego e desemprego relativos ao último censo realizado em 2010 (39).

5 RESULTADOS

Os dados extraídos da revisão integrativa foram divididos em:

- Dados dos estudos: ano de publicação, autor, título, objetivo, tipo de estudo/metodologia, resultado e conclusão.
- Dados dos documentos oficiais: Ano de publicação, setor federal responsável, nome do documento, principais pontos.

A busca final contabilizou 6 documentos oficiais e 16 estudos sobre o programa consultório na rua.

Para organizar os resultados da busca, documentos e estudos selecionados foram separados em tabelas. A tabela I apresenta os documentos oficiais selecionados:

Quadro 5.1 - Documentos oficiais relacionados ao Programa CnaR conforme ano de publicação, setor responsável, título e principais pontos

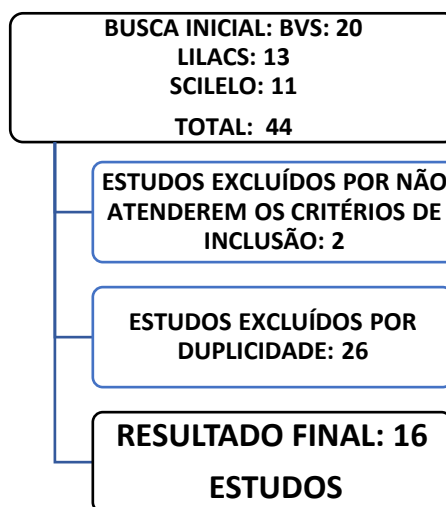
ANO	SETOR	DOCUMENTO	PRINCIPAIS PONTOS
2004	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)	Política Nacional de Assistência Social (PNAS)	- Indica proteção social específica aos atingidos pelo processo crescente da exclusão social no Brasil - No caso da população em situação de rua, descreve que serão priorizados os serviços que possibilitem a busca de uma mudança de vida e organização pessoal enquanto “sujeitos de direito”(18)
2005		Lei Nº11.258/2005	- Altera a Lei nº 8.742/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social - Acrescenta ao artigo 23 a determinação de criação de serviços de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua(21)

2008	Ministérios: Casa Civil(CC); Cidades(MCid); Educação(MEC); Justiça(MJ); Saúde(MS); Esporte(ME); Trab. E	Política Nacional para População em Situação de Rua	- Tem como diretriz a implementação de políticas públicas planejadas nas esferas federal, estadual e municipal, dentre elas a saúde, de forma intersetorial e transversal garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua(24)
2009	Emprego(MTE); Des. Social e Combate à Fome(MDS); Cultura(MINC)	Decreto 7.053/2009	- Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (24)
2011	Ministério da Saúde (MS)	Política Nacional de Atenção Básica	- Determina as principais atividades das Equipes de Consultório na Rua, sua atuação itinerante com apoio das unidades base e demais equipes de atenção básica dos territórios (25)
2012		Portaria nº122/2012	- Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua e determina os três tipos de modalidades (26)

Fonte: Min. da saúde e Min. da Cidadania – Gov. Federal (18,21,24,25,26)

Na busca das bases de dados científicos, o número inicial foi de 44 estudos encontrados. Após análise das informações e filtragem a partir dos critérios de inclusão e exclusão, chegou-se ao conjunto final de 16 estudos selecionados para a revisão. O fluxograma adiante demonstra a sequência desta fase:

Figura 5.1 - Fluxograma da busca (Artigos científicos)



Fonte: o autor

Os estudos possuem diversas características distintas, tendo como ponto de confluência o programa Consultório na Rua. As duas tabelas a seguir mostram as características gerais dos estudos e as informações resumidas da temática e metodologia:

Tabela 5.2 - Características gerais dos estudos científicos selecionados

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS		
ABRANGÊNCIA		NACIONAIS: UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Nacional: 15		RJ: 4
		SP: 3
		RS: 3
Internacional: 1		PR: 2
		AL: 2
		PE: 1

Fonte: o autor

Após a seleção, os estudos foram lidos individualmente e deles foram extraídas as principais informações sobre objetos de estudo, principais achados e conclusões. Os estudos variam de 2013 a 2018, tendo como ponto em comum o programa Consultório na Rua. A tabela 5.3 retrata os estudos selecionados na pesquisa nas bases de dados *online* BVS, LILACS e SciELO:

Tabela 5.3 - Identificação dos Estudos selecionados na busca conforme ano de publicação, autoria, objetivo, método, principais resultados e conclusões

ANO	AUTOR/REF. BIBLIOGRÁFICA	TÍTULO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO/ METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
2013	SANTOS CF	Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: Um olhar para além das políticas públicas (40)	Uma reflexão crítica sobre as práticas das políticas públicas para população de rua, através da produção em saúde deste serviço.	Relato de caso. A experiência com o Consultório na Rua, a sua implantação e o desenvolvimento de suas ações e procedimentos, demonstrando a pertinência da sua proposta como um dispositivo inovador de atendimento as populações em situação de rua no próprio espaço da rua	Os resultados mostram que a proporção de homens nas ruas é maior quando comparados com as mulheres. O acesso à rede de saúde através de atendimentos de emergências clínicas e psiquiátricas são menos dificultados, se comparado à atenção primária, pois existem entraves burocráticos atrapalhando o acesso mesmo quando essas pessoas são acompanhadas pelo CnaR.	A garantia dos direitos e acesso à saúde pela população em situação de rua necessita de efetiva mudança no cenário atual de atendimento, além da contribuição e participação de outros atores da saúde que não pertencem a estratégia CnaR
2014	LONDERO MFP; CECCIM RB; BILIBIO LFS	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde (41)	Problematizar as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho, muitas vezes destoantes entre si	Estudo descritivo. Análise da descrição dos diários de campo dos trabalhadores de uma equipe de CnaR localizada em Porto Alegre-RS. É oferecido um “caso-pensamento” ocorrido no processo de cuidado do CnaR, envolvendo um usuário em situação de rua.	A equipe de saúde se mostrou tensionada em relação ao investimento “afetivo” de cuidador em relação à pessoa acolhida, experimentando, muitas vezes, angústia e sofrimento. O cuidador sofre com a condição de completo desamparo do usuário em	Os profissionais sofrem com o sentimento de limitação, pois em geral não se consegue respostas imediatas, necessitando-se aguardar para compor com o tempo do outro, o que limita certa intervenção programada em saúde. Não à toa, muitos usuários resistem ao acolhimento oferecido – ficam impacientes – e, de certa forma,

					<p>situação de rua, sente necessidade de resolver tal problemática o mais rápido possível, e acaba atropelando o tempo daquele a quem “acolhe”. Os cuidadores acabam produzindo ações que prezam pela objetividade e resolutividade.</p>	<p>dentro da lógica em que vivem, têm um ato de saúde ao resistir ao que lhes “invade”, mesmo que seja na melhor das intenções. Infelizmente – e por incrível que pareça –, essa resistência e reação ativa dos usuários aparece como agressão gratuita a ser combatida e contida sem a carga de compreensão para com o contexto de vida ali instalado. Os profissionais do CnaR necessitam da exposição, do fora, do outro lado, da surpresa, do estranhamento, do reverso ou do ‘inverso’ ou do ‘em verso’, composição “poética” do cuidado.</p>
2016	KAMI MTM et al.	Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa (42)	Conhecer através da lexicografia básica, o vocabulário mais frequente no relato de trabalho dos profissionais das equipes de Consultório na Rua de um município do Sul do Brasil.	Pesquisa qualitativa exploratória da qual participaram 20 profissionais de saúde integrantes das equipes de Consultório na Rua. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, os quais foram processados no software IRAMUTEQ e analisados pela nuvem de palavras	Pelo método de nuvem de palavras, a palavra <i>gente</i> foi a que teve maior frequência no corpus - 950 vezes, seguida da palavra <i>equipe</i> - 230 vezes. Foram interpretados os sentidos das palavras nos discursos dos profissionais, dessa forma a palavra “gente” teve o sentido de	A palavra gente no sentido de <i>nós-equipe</i> foi a mais frequente, mostrando que o software IRAMUTEQ se mostrou uma ferramenta importante para realização deste estudo. Na opinião dos profissionais o trabalho em equipe CnaR é fundamental no cuidado em saúde junto à população em situação de rua. O software IRAMUTEQ permitiu olhar criterioso

					coletividade que, muitas vezes, é sinônimo de equipe.	sobre o material coletado, qualificando o processo de categorização e resultados do estudo, contribuindo para divulgar o uso dessa ferramenta na análise de dados qualitativos.
2016	KAMI, MTM et al.	Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua (43)	Identificar os saberes ideológicos e instrumentais que baseiam a formação do processo de trabalho no Consultório na Rua.	Pesquisa qualitativa e exploratória na qual foram entrevistados 20 profissionais de quatro equipes do CR do município de Curitiba. As transcrições foram analisadas pelo software IRAMUTEQ	A análise dividiu os saberes encontrados em classes, com algumas subclasses específicas. Os saberes ideológicos principais nos discursos dos participantes foram: políticas públicas e necessidades da população em situação de rua. Os saberes instrumentais mais encontrados foram: Dispositivos e instrumentos no cuidado da população em situação de rua e agenda semanal.	O discurso dos participantes se concentra no processo de trabalho, evidenciado pelos saberes ideológicos. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do situar-se na rua. O acesso aos serviços de saúde pela PSR ocupou o discurso dos participantes, evidenciando a CnaR como instrumento de inserção da PSR na APS e demais níveis de complexidade e atendimento.
2016	BORYSOW IC, CONILL EM, FURTADO JP	Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em	O trabalho descreve e analisa o quadro legal e normativo que orienta o uso de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil, que	Trata-se de um estudo múltiplo de casos que tem a comparação como recurso analítico. Definimos como unidades de análise as propostas dos governos federais relativas aos serviços	Estudo comparativo da temática entre os três países relacionando três categorias: contexto (demográfico, socioeconômico e epidemiológico), sistema de serviços (acesso, cobertura, organização, gestão e	A ideia de melhorar o acesso, o estabelecimento de equipes multiprofissionais, a busca ativa e a assistência frente ao uso problemático de substâncias são comuns às três iniciativas, sugerindo

		Portugal, Estados Unidos e Brasil (Health care of people in homelessness: a comparative study of mobile units in Portugal, United States and Brazil) (44)	buscam melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados em saúde de pessoas em situação de rua	móveis, levando em conta a situação sociopolítica dos países e os seus sistemas de saúde	financiamento) e as unidades móveis especificamente (concepção, modelo de atenção e financiamento). A análise fundamentou-se na teoria da convergência/divergência entre os sistemas de saúde, pela perspectivada equidade em saúde. A melhoria do acesso, a abordagem do uso abusivo de substâncias psicoativas, busca ativa e trabalho multidisciplinar mostraram-se comuns aos três países, com potencial para reduzir as iniquidades	um eixo essencial no cuidado das PSR. As relações com a atenção primária, uso de veículos e o tipo de financiamento são consideradas de maneira divergente nos três países, influenciando o maior ou menor alcance da equidade nas propostas analisadas.
2016	CAMARGO, BP	Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva (45)	Descrever como a equipe da CnaR faz uso da estratégia da redução de danos na melhoria do cuidado junto à população em situação de rua	Relato de estágio observacional junto à equipe de Consultório na Rua atuante no bairro do Jacarezinho, na cidade do Rio de Janeiro, durante uma semana.	O observador compreendeu a visualizou a situação de rua de maneira mais complexa, entendendo que muitas demandas consideradas simples, como obtenção de documentação pessoal, acabam não sendo alcançadas	O relato conclui que a redução de danos é a melhor estratégia para o atendimento e acolhimento da população de rua, de maneira humana e sempre regida pelo princípio da equidade.

2016	ENGSTROM, ME TEIXEIRA, MB	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável (46)	Compreender quais são e como se dão os arranjos e práticas desenvolvidos por uma equipe CnaR baseada nos atributos da promoção da saúde e APS	Estudo exploratório de abordagem qualitativa Análise qualitativa das práticas de uma Equipe CnaR de Manguinhos (RJ) no período 2011-2013, A análise foi realizada através da sistematização dos documentos e a análise temática do conteúdo na busca de hipótese teóricas que mostrassem a e CnaR como dispositivo para reorientação dos serviços ao longo do período analisado.	Os resultados foram divididos em quatro categorias analíticas: a abordagem territorial; o serviço de porta aberta; a complexidade no cuidado a grupos vulneráveis e; a articulação com a rede de saúde, sempre voltado ao público-alvo, a PSR.	Equipe CnaR tem destaque como promotora do cuidado humanizado e universalizado, buscando a valorização e vinculação do sujeito ao tratamento e sua ascensão em relação à saúde, como também em outros aspectos da sua vida cotidiana. Para alcançar esse objetivo, o estudo entende que a CnaR atua de maneira singular, em grande parte pela atuação multiprofissional e itinerante, ofertando e mostrando ao indivíduo em situação de rua que atendimento humanizado é seu direito.
2017	SIMÕES, TRBA et al.	Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso (47)	Promover oficina de caráter exploratório para o conhecimento dos CnaR do estado RJ, além de promover a construção de um consenso sobre a função/missão desse dispositivo, o uso da redução de danos como estratégia	A Oficina de nov. 2014, Dividida em duas partes, contou com o relato de experiência de 3 CnaR das 13 convidadas, seguido de debate, aberto ao público, cuja pergunta disparadora foi: <i>“Os Consultórios na Rua são efetivos no acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas?”</i> .	Primeira parte: descrição, caracterização, modalidades e condições de trabalho específicas de cada uma das 3 equipes que fizeram a apresentação. Debate trouxe discussões sobre a função do CnaR, formação profissional. Estrutura. O CnaR é visto como facilitador do acesso da PSR aos serviços de saúde.	Os participantes da Oficina descreveram o CnaR como um avanço em termos de política pública de saúde para uma população até então invisível e marginalizada. Referiram-se ao trabalho a partir de ações de saúde locais que incluem práticas de promoção e prevenção em saúde, fundadas na própria dinâmica dos usuários na rua.

			de trabalho e as articulações/parcerias desenvolvidas com a própria atenção básica, com os recursos intersetoriais	O conteúdo foi processado e sistematizado por meio da análise do conteúdo de Bardin. Na segunda parte, restrita apenas aos profissionais dos CnaR, houve uma Oficina com aplicação da Técnica Delphi – uma Técnica de Grupo Nominal(TGN) que permite sintetizar informações a fim de obter consensos entre especialistas sobre critérios, programas de formação e medidas de melhoria	Na segunda parte, o resultado da técnica de Delphi sobre a missão/função do CnaR girou, em sua maioria, em torno dos direitos, ressocialização, estigma e visibilidade da população atendida, e respostas que diziam respeito ao acesso ao cuidado, seja nos serviços ou na própria rua, incluindo ações de promoção, prevenção e redução de danos à saúde	Na relação CnaR – Serviços de saúde, evidenciou-se que, os profissionais sentem que trabalham isolados desse setor. Atribuem esse problema às dificuldades de interlocução, ao preconceito e a inabilidade dos profissionais para atender as demandas da PSR. A função do CnaR, descrita como elo entre usuário e saúde consiste em cadastrar esses usuários, descrever sua problemática e produzir o cuidado necessário, a fim de incluí-los nas UBS, principal porta de entrada do sistema. Se trata, portanto, de um trabalho complexo, que não pode ser confundido com o ato apenas de transportar o usuário a uma unidade de saúde ou agendar suas consultas.
2017	CRUZ, DS; NAKANISHI, M; MARQUES, RAA PMSP (CO-AUTORA)	Atenção em saúde bucal para pessoas em situação de rua – Um componente do Consultório na Rua (48)	Ofertar cuidado em saúde bucal para pessoas em situação de rua na Cidade de São Paulo, por meio das Unidades	Apresentação do programa municipal para a melhoria da saúde bucal da PSR de SP no 31º COSEMS-SP. Dados da secretaria de saúde apontavam uma grande demanda para atendimento,	Após a implantação das UOM, o atendimento passou dos 4000 usuários em 2017, principalmente nos tratamentos de prótese dentária. Além disso, ocorreu aumento de adesão dos usuários ao programa e	As UOM municipais são uma estratégia exitosa para a vinculação das pessoas em situação de rua às equipes do consultório na rua, pois a saúde bucal é demanda descrita por grande parte

			Odontológicas Móveis (UOM)	além de dificuldades como o acesso ao atendimento, perfil dos profissionais, falta de agenda das unidades	diminuição significativa no número de faltas nos atendimentos clínicos	dos usuários. O serviço de saúde bucal atua para garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dessa população.
2017	ARAÚJO, AS et al.	O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: Seu olhar sobre o pré-natal (49)	Investigar como ocorrem os cuidados de enfermagem relacionados ao período gestacional no contexto de vulnerabilidade da situação de rua	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado nas ruas da cidade de Maceió (AL). Como critérios de inclusão na pesquisa as gestantes em situação de rua que estivessem realizando acompanhamento durante o pré-natal pelas equipes de Consultório e que concordassem em participar da pesquisa. As condições para a exclusão foram gestantes menores de idade em situação de rua e aquelas gestantes que tenham passado por processo de violência	Participaram 9 gestantes, com idade entre 18 e 40 anos, em condições de risco e vulnerabilidade social de rua e são atendidas pelas equipes do Consultório na Rua, no município de Maceió/AL . Seis gestantes relataram contato com assistência pré-natal em UBS. As gestantes relataram as orientações sobre alimentação e cuidados durante a gravidez e a dificuldade em manter os cuidados no ambiente em que vivem	O cuidado à gestante em condição de risco e em situação de vulnerabilidade requer atenção especial quanto à assistência presente nas orientações detalhadas a cada uma, algo não visto na realidade de atendimento. Na prática, os resultados apontam que as orientações prestadas no período gestacional, em meio à condição de risco, não são efetivas e requerem o envolvimento maior do (a)enfermeiro (a) que desempenha suas funções. Novas estratégias de cuidado e orientação devem pautar o atendimento a esse grupo vulnerado

2018	SILVA, LMA; MONTEIRO, IS; ARAÚJO, ABVL	Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão (50)	Analisar as principais necessidades e dificuldades relativas ao cuidado de saúde bucal dessa população no Distrito Sanitário I do município do Recife.	Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, com abordagem Qualitativa. Foram selecionados 4 trabalhadores do CnaR, 10 cirurgiões-dentistas de unidades de saúde da família (USF), 4 cirurgiões-dentistas de unidades tradicionais (dos quais 2 se recusaram a participar) e 7 moradores de rua. Foram realizadas entrevistas no período de dezembro de 2015 a abril de 2016	A necessidade de acesso foi evidenciada nas falas de todos os entrevistados por meio do reconhecimento da demanda por consulta odontológica e identificação de que os moradores de rua apresentam uma variedade de queixas clínicas. Profissionais apontaram a importância da saúde preventiva. Saúde bucal aparece como fator de impacto na melhora da autoestima e valorização social, sendo o profissional de saúde bucal um potencial redutor de danos.	A grande demanda de atenção à saúde bucal da PSR está associada às dificuldades de acesso ao atendimento. Além disso, o preconceito e desconhecimento dos profissionais acaba por gerar um acolhimento insatisfatório a essa população. O profissional de saúde bucal deve entender sua importância no processo de motivação para o autocuidado e da redução de danos dos moradores de rua. Nesta concepção, o cuidado em saúde bucal pode ser visto como uma possibilidade de resgatar o direito a saúde bucal com qualidade, direito de sorrir com dignidade e reduzir as barreiras para a ascensão social
2018	CARDOSO AC, et al.	Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua (<i>Challenges and potentialities of nursing work in</i>	Analisar elementos do processo de trabalho de enfermagem no Consultório na Rua, evidenciando os desafios e potencialidades do	Pesquisa exploratória de natureza qualitativa. Análise da perspectiva do processo de trabalho em saúde, mediante entrevistas semiestruturadas com enfermeiros das equipes de Consultório na Rua do município de Maceió,	Temas identificados: Necessidade de cuidado à saúde no contexto de vulnerabilidade social e de saúde; Planejamento estratégico e trabalho em equipe como instrumentos da organização do processo de trabalho; Finalidades e produtos	Mesmo diante das dificuldades do trabalho do enfermeiro em CnaR, o estudo apresenta uma experiência exitosa que explora a potencialidade de relações solidárias de cuidado humanizado. Sendo essas ferramentas essenciais para atingir uma das principais finalidades de seu

		<i>street medical offices</i>)(51)	cuidado à pessoa em situação de rua.	analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo, abordando questões relativas ao objeto, instrumentos e finalidades do processo de trabalho de enfermagem.	do trabalho: garantindo o direito ao acesso e ao cuidado. O enfermeiro utiliza instrumentos variados em seu processo de trabalho: planejamento estratégico, atuação em equipe multiprofissional e valorização das tecnologias leves de acolhimento e vínculo	trabalho, contribuir para que as pessoas em situação de rua exerçam a sua autonomia e construam o protagonismo de seu próprio cuidado, mesmo diante de tantas adversidades
2018	PAULA HC, et al.	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde (Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care) (52)	Relatar a experiência da implantação de um equipamento clínico de produção de cuidado em saúde à População em Situação de Rua, denominado Consultório na Rua	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O estudo descreve a trajetória de implantação de um equipamento de cuidado em saúde a PSR: Consultório na Rua (CnaR), na zona oeste do município do Rio de Janeiro, compreendendo os bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência	A implantação do CnaR partiu de uma demanda de práticas de cuidado em saúde para pessoas em situação de rua que se encontravam desabrigadas. Esta implantação contou com articulações intersetoriais, fazendo com que os profissionais de saúde, na realização de práticas de cuidado à População em Situação de Rua, fato que os levam a almejar por políticas públicas, repensassem suas ações para que ampliassem a resolutividade da assistência a essa população	É importante destacar que profissionais direta e indiretamente envolvidos no cuidado em saúde dos usuários em situação de rua estejam dispostos a reinventar suas práticas, cotidianamente, buscando parcerias e aquisição de novos saberes a fim de lograrem resultados que possam minimizar as demandas destes indivíduos ao longo de suas trajetórias de vida

2018	CAMPOS, A	População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis (53)	Discorrer sobre essa estratégia do PET-Saúde de ensino-aprendizagem in loco, que propicia o contato dos alunos com o mundo da rua e com o cuidado integral que a equipe de CnaR desenvolve no contexto das ações intra e intersetoriais	Estudo descritivo de análise qualitativa. Os alunos foram inseridos em quatro serviços de saúde da região central – três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST/aids –, com a intenção de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem e o nível de complexidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde.	Inicialmente os alunos fizeram reconhecimento do território, descrevendo aspectos singulares. Posteriormente acompanharam o trabalho estratégico das equipes nas reuniões, discussões de estratégias para finalmente acompanharem o trabalho em campo.	O acompanhamento longitudinal de saúde do morador de rua propiciou ao aluno importante conhecimento sobre estratégias de cuidado e a rede de proteção social. A experiência da inserção dos alunos, por meio do PET-Saúde, nos cenários das práticas de saúde do SUS foi positiva, agregando habilidades cognitivas e comportamentais. Pode-se afirmar que os alunos desenvolveram senso crítico e refletiram sobre a efetivação das políticas públicas, na perspectiva da garantia de direitos sociais e humanos.
2018	VARGAS, ER MACERATA, I	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica (54)	Analisar a CnaR no cuidado à saúde e sua contribuição com os modelos de gestão e demais serviços na perspectiva da atenção básica	Análise reflexiva construída com base em uma série de experiências, em diferentes campos, com o Consultório na Rua: experiência de trabalho vivida na construção inicial de um desses dispositivos, na cidade do Rio de Janeiro; experiência de pesquisa de doutorado acerca da prática	O plano de intervenção “rede” se refere aos espaços físicos e às lógicas organizacionais dos equipamentos da saúde, de outras políticas públicas e da sociedade civil, na relação com o trabalho do Consultório na Rua. A articulação não é responsabilidade apenas dos gestores, mas se caracteriza na	As problemáticas e aspectos aqui levantados ganham notoriedade a partir de experiências concretas com o Consultório na Rua, e não dizem respeito apenas ao trabalho dessas equipes. Quando confrontamos a realidade mais ampla dos serviços de APS, vemos muitos pontos de comunicação, principalmente no que diz respeito à relação entre

				de cuidado realizada por essa mesma equipe, a qual gerou um documento técnico sobre a prática; e experiência de construção de material didático para um curso de formação de profissionais para o Consultório na Rua	função-gestor, ou seja, de todos os trabalhadores e, inclusive, do próprio usuário. Fazer fluir é estabelecer fluxos que ajudem o trabalho a se consolidar, que permitam que o acompanhamento se efetive e que desfaçam “nós” de comunicação e barreiras com o intuito de tornar o trabalho tanto mais resolutivo quanto mais for compartilhado.	prática de cuidado, gestão do processo de trabalho e território. Cada vez menos o Consultório na Rua aparece como um serviço especializado, pois também se configura como um serviço analisador das práticas de saúde.
2018	SANTOS, CF; CECCIM, RB	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto (55)	Debater o CnaR, envolvendo a cartografia do trabalho de uma equipe de saúde para “pensar”: encontros na rua, redução de danos, respeito às pessoas em seus modos de ser vida e inscrição em modelos próprios de saúde.	Pesquisa realizada através do método cartográfico. O desafio do método é o de exercitar a sustentação da abertura de pensamento para receber, sem pré-conceitos, tudo o que for se apresentando no processo de pesquisar. Neste estudo foram usados vídeos gravados na rua, atas de equipe e vivências dos autores	No desenvolvimento, foram construídos 4 âmbitos expressivos do contato com essa população: experiência do morar na rua, experiência do atuar com saúde na rua, experiência do aprender em ato de equipe multiprofissional/interdisciplinar e intercessão sociocultural proveniente do “encontro” com essa população	O programa Consultório na Rua não é simplesmente técnica e clínica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, assim como intervenção política e cultural, respeitando modos de vida, promoção da saúde e defesa da multiplicidade na cidadania.

Estágio de implementação do programa CnaR e recorte da Região Metropolitana - Caracterização da região e das equipes CnaR

O programa CnaR possui atualmente 159 equipes. As equipes estão presentes em 26 dos 27 estados da federação, com exceção de Roraima– RR.

As equipes estão presentes principalmente nas capitais, como também em cidades de grande e médio porte das regiões metropolitanas e do interior.

Abaixo segue a tabela com o número de equipes por estado:

Tabela 5.4 - Número de equipes CnaR por estado

UF	Nº DE EQUIPES
AC	1
AL	5
AM	2
AP	1
BA	6
CE	1
DF	3
ES	3
GO	6
MA	2
MG	18
MS	3
MT	2
PA	3
PB	5
PE	6
PI	1
PR	7
RJ	22
RN	4
RO	1
RS	7
SC	4
SE	1
SP	44
TO	1
TOTAL	159

Fonte: CNES – Coletado em JUL/2019

Em relação as capitais brasileiras, apenas Salvador não possui equipe CnaR inscrita no CNES. Abaixo a tabela de distribuição das equipes nas capitais:

Tabela 5 - Equipes CnaR nas capitais

ESTADO	CAPITAL	ECNaR
AC	RIO BRANCO	1
AL	MACEIÓ	1
AP	MACAPÁ	1
AM	MANAUS	1
BA	SALVADOR	0
CE	FORTALEZA	1
DF	BRASÍLIA	3
ES	VITÓRIA	2
GO	GOIÂNIA	5
MA	SÃO LUIS	1
MT	CUIABÁ	1
MS	CAMPO GRANDE	1
MG	BELO HORIZONTE	4
PA	BELÉM	1
PB	JOÃO PESSOA	4
PR	CURITIBA	4
PE	RECIFE	2
PI	TERESINA	1
RJ	RIO DE JANEIRO	7
RN	NATAL	2
RS	PORTO ALEGRE	2
RO	PORTO VELHO	1
SC	FLORIANÓPOLIS	1
SP	SÃO PAULO	19*
TO	PALMAS	1

Fonte: CNES (36)

*Nos dados do CNES constam 18 equipes da cidade de São Paulo.

Ainda destacando a cidade de Salvador-BA, os dados do CNES não necessariamente indicam que não existam equipes da estratégia CnaR em atuação. Reportagens do ano de 2019 citam o trabalho do programa Consultório de Rua, iniciado de maneira pioneira no Brasil em 1999 pelo CETAB-UFB após a produção de uma pesquisa etnográfica sobre meninos e meninas de rua, usuários de substâncias psicoativas na

cidade de Salvador. Retomado em 2003, o programa é um marco na história das estratégias de proteção social e assistência à saúde da população de rua (56).

Outro destaque se refere a cidade de São Paulo. A maior cidade brasileira conta com 19 equipes de CnaR, porém apenas as 18 equipes, gerenciadas pela Organização de Saúde BOMPAR, estão inscritas no CNES. Por este motivo os dados constantes na tabela acima contabilizam os dados totais do município.

Região metropolitana

Dentre os 39 municípios que compõem a região metropolitana, nove participam da estratégia Consultório na Rua e contam com equipes em seu território. A seguir destacaremos algumas informações referentes a estes municípios obtidas através dos sítios eletrônicos da Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (EMPLASA) (32), do IBGE (38) e do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (2010) (39):

Figura 5.2: Mapa Barueri - Fonte: Atlas IDH



BARUERI

Sub-Região: Oeste

População estimada: 271.306 hab.

IDHM: 0,786

Taxa emprego: 71,9%

Taxa desemprego: 8,7%

Pop. Econ. Inativa: 19,5%

Equipes CnaR: 1

Figura 5.3: Mapa Embu das Artes - Fonte: Atlas IDH



EMBU DAS ARTES

Sub-Região: Sudoeste

População estimada: 270.843 hab.

IDHM: 0,735

Taxa emprego: 71,6%

Taxa desemprego: 9,9%

Pop. Econ. Inativa: 18,6

Equipes CnaR: 1

Figura 5.4: Mapa Guarulhos - Fonte: Atlas IDH

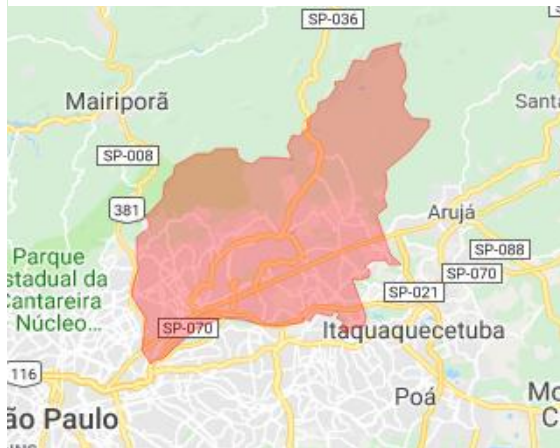
**GUARULHOS****Sub-Região: Leste****População estimada: 1.365.899 hab.****IDHM:0,763****Taxa emprego: 70,5%****Taxa desemprego:9,1%****Pop. Econ. Inativa: 20,3%****Equipes CnaR: 1**

Figura 5.5 - Mapa Mauá - Fonte: Atlas IDH

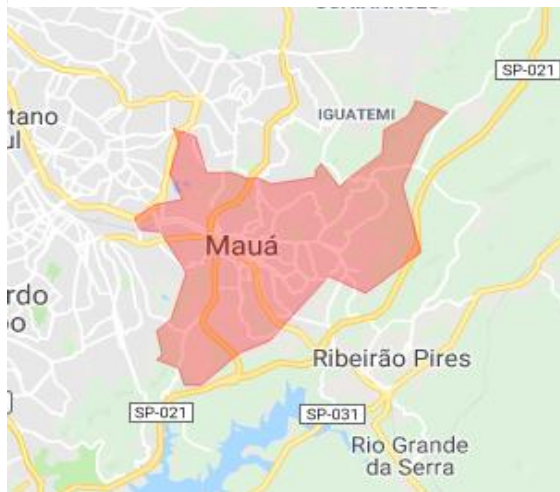
**MAUÁ****Sub-Região: Sudeste****População estimada: 468.148 hab.****IDHM:0,766****Taxa emprego: 69%****Taxa desemprego: 11,1%****Pop. Econ. Inativa: 19,9%****Equipes CnaR: 1**

Figura 5.6: Mapa Osasco - Fonte: Atlas IDH

**OSASCO****Sub-Região: oeste****População estimada: 696.850 hab.****IDHM: 0,776****Taxa emprego: 68,8%****Taxa desemprego:7,9%****Pop. Econ. Inativa: 23,3%****Equipes CnaR: 1**

Figura 5.7: Mapa Santo André - Fonte: Atlas IDH



SANTO ANDRÉ

Sub-Região: Sudeste

População estimada: 716.109 hab.

IDHM: 0,815

Taxa emprego: 68,2%

Taxa desemprego: 7,6%

Pop. Econ. Inativa: 24,2%

Equipes CnaR: 1

Figura 5.8: Mapa São Bernardo do Campo - Fonte: Atlas IDH



SÃO BERNARDO DO CAMPO

Sub-Região: Sudeste

População estimada: 833.240 hab.

IDHM: 0,805

Taxa emprego: 70,4%

Taxa desemprego: 7,8%

Pop. Econ. Inativa: 21,8%

Equipes CnaR: 1

Figura 5.9: Mapa São Paulo - Fonte: Atlas IDH



SÃO PAULO

Sub-Região: Engloba todas as sub-regiões

População estimada: 12.176.866 hab.

IDHM: 0,805

Taxa emprego: 69,4%

Taxa desemprego: 7,1%

Pop. Econ. Inativa: 23,5%

Equipes CnaR: 19

A partir dos dados do CNES foi possível detalhar as equipes destes municípios. Os dados obtidos mostram os profissionais que compõem cada equipe e o número total de profissionais atuando por município. Essas informações foram colhidas junto ao banco de dados do CNES no mês de julho/2019:

Tabela 6: Composição das Equipes CnaR da Região Metropolitana – Fonte: CNES e PMSP

EQUIPES	PROFISSIONAIS															MODALIDADE	
	ENF	PSI	CD	MED	ASS. SOC.	ASS. ADM.	T.O.	TÉC. ENF.	TSB	AUX. ENF.	ASB	AUX. ESCRIT	ACS	AAS	ANALISTA CÂMBIO		TOTAL
BARUERI		1					2	3					1			7	I
EMBU	1	1						2					2	1		7	I
GUARULHOS	2	1			1					4						8	II
MAUÁ	1	1		1	1									6		10	III
OSASCO	2						1	3						5		11	II
SANTO ANDRÉ	2	1		1		1	1	1					2			9	III
SÃO BERNARDO DO CAMPO	1	2		1			1			1			6			12	III
SUZANO	1				1					2						4	I
SÃO PAULO SÉ I	1	1		1	1					2			6	3		15	III
SÃO PAULO SÉ II	1	1		1	1					2			6	3		15	III
SÃO PAULO PQ DA LAPA	1	1		1	1	1				2			9	2		18	III
SÃO PAULO MAGALDI	1	1		1	1					2			6	2		14	III
SÃO PAULO MOOCA	2	1	1	1	1	1				3			4			14	III
SÃO PAULO REPÚBLICA I	1	1		1	1					2			5			11	III
SÃO PAULO REPÚBLICA II	1	1		1	1	1				2			6	2		15	III
SÃO PAULO BELENZINHO	1	1		1	1					2			4			10	III
SÃO PAULO BRÁS	1	1		1	1	1				2			4	2	1	14	III
SÃO PAULO PARI	1	1	1	1	1					2			6	2		15	III
SÃO PAULO STA CECÍLIA	1	1		1	1					2			4	2		12	III
SÃO PAULO BOORACEA I	1	1		1	1	1				2			6	2		15	III
SÃO PAULO BOORACEA II	1	1		1	1					2			6	2		14	III
SÃO PAULO BOM RETIRO	1	1		1	1	1				1			4	2		12	III
SÃO PAULO N. SRA. BRASIL	1		1	1	1	1			1	2			6	3		17	III
SÃO PAULO PQ SÃO RAFAEL	1	1	1	1	1	1				1	1		3	1		12	III
SÃO PAULO JD. AEROPORTO	1	1	1	1	1					3	1	1	5	2		17	III
SÃO PAULO EDU CHAVES	2			1	1	1		1					6	2		14	III
SÃO PAULO ANTONIO EIRADO*	2			1	1								6	2		12	III

As equipes em destaque são as que possuem profissionais de saúde bucal em sua composição. Os dados foram obtidos através da plataforma CNES utilizando o mês

07/2019 como referência. Todos os dados incluídos serão analisados e discutidos nas etapas seguintes deste trabalho. A equipe da UBS Antonio Eirado, marcada com asterisco, não possui dados na plataforma CNES. Os dados foram obtidos junto aos dados de acervo técnico da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A etapa seguinte da revisão, de análise e discussão, será dividida em três eixos principais. O primeiro irá discorrer brevemente sobre as políticas públicas e documentos oficiais relacionados com o CnaR. No segundo eixo serão analisados e discutidos os artigos encontrados na busca online, buscando uma interface com as políticas reunidas no bloco anterior.

Finalmente, o terceiro traz a análise sobre os dados obtidos sobre as equipes de Consultório na Rua da Região metropolitana e o atendimento da saúde bucal.

6.1 Políticas públicas associadas ao Programa Consultório na Rua

A elaboração e implementação de políticas públicas podem contribuir para a reprodução de uma estratégia de atenção à saúde ou para a recriação de práticas e processos de trabalho em saúde (57).

As políticas públicas são intrinsicamente ligadas ao Estado, contudo, existem outros atores que agem na sua construção e implementação, podendo inclusive pertencer à esfera privada (58). No caso da população de rua, os primeiros trabalhos e programas para a PSR nasceram nas igrejas, que ajudaram inclusive a organizar os primeiros coletivos e grupos de representação da população de rua. As políticas nacionais ganharam destaque no poder público quase sempre precedidas de muitos protestos e pressões desses grupos representativos, tornando-se mais intensas nas muitas tragédias e crimes envolvendo a PSR. O conhecido “Massacre da Sé” foi um triste acontecimento e marco decisivo na definição das políticas de apoio e proteção das pessoas que vivem nas ruas.

No mesmo ano do acontecimento foi criada a Política Nacional de Assistência Social, que atribui à Proteção Social Especial a população de rua. A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial específica aos indivíduos, famílias e grupos que se encontram em situação de risco social e pessoal, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Indica ainda

que as ações devem ser intersetoriais, trazendo a ideia de que a vulnerabilidade parte de fatores diversos, sendo, portanto, responsabilidade de vários órgãos e setores.

Especificamente sobre a PSR, a PNAS descreve que o trabalho deve ser feito através de abordagem direta na rua, oferecendo ao indivíduo o serviço ou assistência devidos. Segundo a PNAS, o papel do estado é levar à população de rua o seu aparato e seus recursos, diferenciando-se, portanto, das políticas de ação estática. O Estado deve intervir junto às necessidades do indivíduo diretamente no local de vivência e, caso necessário, auxiliar no deslocamento aos locais de atendimento.

Em 2005, na consonância das diretrizes e conceitos da PNAS, as definições sobre a proteção da população de rua passam a ser lei. A Lei Nº11.258/2005 altera a Lei nº 8.742/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

O acréscimo ao artigo nº 23 traz a determinação de que sejam criados serviços de amparo a população de rua, além das crianças em situação de risco pessoal e social. Essa pequena frase altera a conjuntura do artigo, que agora compõe toda a população em situação de rua de maneira indiscriminada. Toda e qualquer pessoa em situação, independentemente da idade, passa a ser acolhida na legislação que define os programas de amparo social no país.

Já no ano de 2008, é criada a PNPSR, criando agora uma legislação exclusiva para a população em situação de rua no país. Passa-se a entender o caráter extremamente complexo de vida dessa população, evidenciando ainda mais a ideia de que o Estado deve promover cuidados, assistência e proteção de maneiras e meios diversos, com atuação itinerante e focada na melhoria da condição de vida desta população como um todo.

A PNPSR, instituída pelo Decreto Presidencial no 7.053 no ano seguinte a sua criação, caracteriza como “população em situação de rua”:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (24).

O indivíduo em situação de rua é, portanto, vulnerado, sofrendo com as diversas situações concretas da miserabilidade e falta de recursos para mudança de patamar e melhora da condição de vida. Essa gama de componentes e determinantes exige do Estado uma intervenção igualmente diversa e intersetorial, envolvendo todos os possíveis órgãos no planejamento de estratégias e construção de programas.

A PNPSR pontua que as estratégias devem levar em consideração que o indivíduo em situação de rua é acima de tudo, um cidadão de direitos, algo que independe de sua condição social e pessoal. Tendo esse conceito como pano de fundo, as estratégias do poder público devem respeitar a opção de escolha de cada indivíduo e seu local de vivência, separando a PNPSR das políticas truculentas e higienistas vistas principalmente em ações nos locais de grande número de pessoas em situação de rua e áreas de uso abusivo de álcool e drogas.

A estratégia CnaR foi instituída na nova PNAB em 2012 como uma ampliação do leque de equipes de atenção básica (EAB) e equipes de saúde da família (ESF) com o objetivo de oferecer os serviços de saúde para as diversas populações em situação de rua e suas múltiplas realidades, atuando de forma itinerante no território com apoios das unidades base e demais equipes de atenção básica.

As equipes do CnaR devem, portanto, prestar serviço e atenção exclusivos para a população de rua, tendo como território de atuação os grandes polos de concentração de pessoas em situação de rua dentro dos municípios. A atuação das equipes deverá ser itinerante e suas ações e serviços devem ser prestados tanto na rua quanto nas unidades de atenção básica disponíveis no território, como a UBS, Unidades Móveis, Centro de atenção psicossocial, Centro de assistência social, NASF, redes de urgência dentre outros.

A PNAB ainda estabelece que os municípios que não possuam equipes específicas do CnaR deverão prestar os serviços à população de rua através das EAB já existentes, incluindo sua rede de atenção básica e os NASF e UBS existentes no território (18).

A partir da PNAB/2012, as Prefeituras Municipais reorganizaram as equipes dentro das modalidades e especificações do Programa recém instituído Consultório na Rua, que fica sob responsabilidade dos municípios e tendo como objetivos a ampliação do acesso da população em situação de rua em todas as idades aos diferentes serviços de atenção à saúde.

Ainda no âmbito da formação e diretrizes do programa Consultório na Rua, o Ministério da Saúde publicou em 25 de janeiro de 2011 a Portaria nº 122, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. O CnaR é, portanto, um instrumento itinerante de saúde para integração da Rede de Atenção Básica e desenvolvimento de ações de atenção psicossocial, baseado nos fundamentos e as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica.

A portaria ainda descreve como deve ser a composição das equipes, classificadas em 3 diferentes modalidades de atuação e os profissionais que podem estar em cada uma dessas modalidades:

Figura 6.1 - Modalidades CnaR

<p>MODALIDADE I</p> <p>Formada, minimamente, por 4 profissionais, sendo que 2 destes deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:</p> <p>a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;</p> <p>b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.</p>
<p>MODALIDADE II</p> <p>Ter minimamente 6 profissionais, dentre os quais 3 destes deverão estar naqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:</p> <p>a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;</p> <p>b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.</p>
<p>MODALIDADE III</p> <p>Formação de equipe semelhante à Modalidade II acrescida de um profissional médico.</p>

Fonte: PMSP

O documento norteador desenvolvido pela Prefeitura de São Paulo como guia conceitual do programa Consultório na Rua de São Paulo descreve que as equipes devem (59):

Operar o cuidado longitudinal, ou seja, o cuidado das pessoas em seus processos de vida, trabalhar de modo itinerante, integrando e articulando as ações com os diferentes equipamentos da rede, sendo porta de entrada para o SUS e dando visibilidade às demandas dessa população, sempre visando à atenção integral na perspectiva da redução de danos e da clínica ampliada (59).

Atualmente o programa Consultório na Rua atua na atenção integral à saúde junto à população de rua em diversas cidades de 26 dos 27 estados brasileiros. São 156 equipes espalhadas pelos municípios brasileiros que se enquadram no artigo sexto, parágrafo segundo da portaria nº122/2011: "§ 2º: O parâmetro adotado será de uma

equipe CnaR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua conforme faixas estabelecidas no Anexo I desta Portaria” (26).

Dentre todos os estados, São Paulo tem destaque pelo número de equipes existentes. São 45 equipes ao todo, sendo 27 localizadas na região metropolitana. A capital possui o maior número de equipes por município de todo o país, totalizando 19 equipes até o início de 2019 (Tabela 5). Mesmo com a evolução e crescente ampliação da estratégia CnaR pelo Brasil, o acesso à saúde ainda é um grande empecilho na vida de quem habita as ruas. Os estudos a seguir abrangem alguns dos aspectos dessa dificuldade, além de relatar diversos trabalhos envolvendo as equipes de CnaR e suas estratégias de atuação.

6.2 Análise e discussão dos estudos selecionados

A análise dos artigos trouxe diversos dados e percepções quanto a implementação, atuação e modelos de estruturação das equipes de Consultório na Rua. Os estudos foram divididos em alguns temas centrais para melhor elucidação e construção do raciocínio.

6.3 Relato de experiências nas equipes municipais

6.3.1 Porto Alegre

Os dois primeiros estudos analisam a atuação da equipe CnaR do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre, nos respectivos anos de 2013 e 2014.

Sobre os dados da estratégia CnaR do território analisado (Porto Alegre - RS) o número de equipes se manteve após 6 anos da publicação do estudo. Dados mostram que a população estimada em 2011 era de 1.203 indivíduos adultos. Cerca de oito anos depois, a estimativa é de 2.115 indivíduos adultos, um aumento de 75,8% entre 2011 e 2019 (60). Frente a esse alarmante crescimento, o número de equipes CnaR

continua o mesmo, tendo atualmente que suprir uma demanda quase duas vezes maior se comparada a 2011.

O autor Santos (2013) descreve a mudança de status do programa e estratégia de atuação, que tinha um foco mais voltado a saúde mental e atuação com pessoas que faziam uso abusivo de álcool e drogas quando foi criada, em 2010. A partir das diretrizes expostas na PNAB e Portaria nº 122/2012, a equipe passou a compor a estratégia CnaR, modificando seu quadro de profissionais para adequação ao quadro de modalidades e atuação multidirecional, ampliando as especialidades de atendimento e funcionando como ponte de acesso aos serviços de saúde. O estudo caracteriza a melhoria do acesso aos serviços por intervenção da equipe e a desburocratização no momento do atendimento. Porém, a relação entre vulnerabilidade e priorização no atendimento não é vista, ferindo, segundo o estudo, o princípio da equidade. O estudo identifica a maior proporção de homens na PSR da região estudada, corroborando com o dado trazido pela PNPSR em 2008, que estimava 82% da população em situação de rua do sexo masculino (40).

Ainda tendo a equipe CnaR do Grupo Hospitalar Conceição como tema central, o outro estudo debate o CnaR, através do método cartográfico. O desafio do método é o de exercitar a sustentação da abertura de pensamento para receber, sem pré-conceitos, tudo o que for se apresentando no processo de pesquisar (55). Neste estudo foram usados vídeos gravados na rua, atas de equipe e vivências dos autores obtidos em diferentes períodos para “pensar”: encontros na rua, redução de danos, respeito às pessoas em seus modos de ser, vida e inscrição em modelos próprios de saúde, evitando os modelos clássicos de atuação, usando a rua como local de atuação, debate e formação de ideias.

Uma outra pesquisa mostra uma descrição analítica dos diários de campo dos profissionais da equipe após apresentar um “caso-pensamento” ocorrido no processo de cuidado da equipe. Os relatos demonstram a inquietação e frustração dos profissionais com suas limitações e imediatismo frente ao atendimento para o cidadão em questão. A dificuldade de assimilar o tempo e necessidades do outro, algo comum na atividade em saúde dos modelos atuais, tende a caracterizar como invasivo aquilo que seria assistencial e acolhedor. A programação e obtenção de resultados não pode ultrapassar o contexto da vida na rua e suas muitas complexidades e especificidades. Portanto na prática de atendimento à PSR, o profissional precisa enxergar o outro lado, a surpresa e o inesperado. Os estudos mostram um cenário de transição do

recém iniciado programa, com o foco na dificuldade dos profissionais em assimilar o novo modelo de atenção e acolhimento dentro e fora das equipes.

6.3.2 Rio de Janeiro

Dois estudos apresentaram trabalhos e relatos de equipes CnaR na mesma região da cidade do Rio de Janeiro. Um deles relata brevemente a experiência de acompanhamento do trabalho da equipe CnaR que atua no território do Jacarezinho. O outro analisa a atuação da equipe CnaR de Manguinhos, bairro vizinho ao Jacarezinho, entre os anos de 2011 a 2013. Ambos estão situados na zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

O relato, de caráter mais pessoal, descreve o impacto da experiência *in loco*, descrito como um “choque de realidade”, destacando a redução de danos como necessária e primordial na atuação do CnaR (45). O outro estudo que observou a equipe CnaR em Manguinhos analisa a atuação e as práticas da equipe, tendo como base as diretrizes da promoção da saúde e da APS. Os resultados destacaram a abordagem territorial e conhecimento do espaço, o serviço de acolhimento e contra o recolhimento, a complexidade no cuidado e adaptação e a articulação com a rede de saúde tendo a equipe CnaR como ponte entre serviços de saúde e usuários (46).

Um terceiro estudo também teve como foco a cidade do Rio de Janeiro, onde foi realizada uma oficina com profissionais das diversas equipes CnaR no ano de 2014. No primeiro momento a oficina foi aberta ao público para levantar assuntos e questões sobre a temática, sendo posteriormente destinada apenas aos profissionais das equipes CnaR. Os resultados mostram a sensação de isolamento dos profissionais em relação aos demais serviços de saúde, atribuído à dificuldade de interlocução e ao preconceito enraizado dos profissionais “comuns”, não habituados aos atendimentos dos socialmente invisíveis. O estudo ressalta a importância da estratégia CnaR como ponte entre os serviços de saúde e a PSR, sendo essa uma comunicação complexa e permanente, não bastando apenas levar o indivíduo até a porta da UBS ou do Pronto-Atendimento (47).

Há outro relato de experiência junto à equipe CnaR na cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2013 e 2014, localizado na zona oeste da cidade, atuando nos bairros de

Santa Cruz, Sepetiba e Paciência. O estudo descreve a trajetória de implementação, dos caminhos tortuosos no território, desgastes e dificuldades na aproximação junto às pessoas e da necessidade de reinvenção diária da atuação profissional frente aos desafios complexos apresentados na rotina de trabalho. Os resultados relatam a importância do trabalho em conjunto e do abandono dos estereótipos, criando e recriando a atuação em conjunto com a PSR, conhecendo e evidenciando suas necessidades e especificidades próprios do seu ambiente (52).

Também tendo como ponto de partida a implantação de uma equipe CnaR da cidade do Rio de Janeiro, Vargas e Macerata (2018) analisam a gestão do processo de trabalho da equipe CnaR e sua ligação vital com as práticas de cuidado. Na visão dos pesquisadores, não existe separação entre gestão e atenção em saúde no contexto da equipe CnaR. Produzir cuidado é construir uma prática a partir das especificidades do objeto de cuidado: pessoas e territórios singulares. Portanto, a produção do cuidado envolve um certo modo de produzir gestão, ou seja, gerir o processo de trabalho em saúde é fazer a gestão do cuidado. Essa gestão não é exercida apenas pelo gestor propriamente, mas também por trabalhadores, usuários e comunidade. Na perspectiva dessa “cogestão”, não se leva em consideração o modelo clássico de estar acima do trabalho e do território, buscando regulamentá-los. A cogestão implica em compor o território e os processos de trabalho, fazendo gestão com e a partir deles. O estudo apresenta um modelo de gestão e administração baseado na cogestão, antagônico ao modelo baseado na produção e regulação, de base taylorista¹, que atualmente rege grande parte dos serviços de saúde públicos e privados (53).

6.3.3 Maceió

Ainda no contexto dos relatos de experiência, um estudo realizado na cidade de Maceió-AL em 2016 em analisa as percepções e discursos dos enfermeiros que atuam nas equipes CNaR da cidade. Os relatos evidenciam novamente as barreiras sociais dos indivíduos em situação de rua que vão muito além do atendimento e acesso aos serviços de saúde, já tão dificultado pela burocracia, falta de estrutura e o

¹ Base Taylorista: O principal objetivo era otimizar as tarefas desempenhadas nas empresas, através da organização rígida e divisão de funções dos trabalhos de maneira repetitiva.

preconceito dos demais profissionais que não atuam diretamente com a PSR. Mesmo diante das dificuldades, os profissionais relatam a criação do vínculo como situação benéfica e essencial para atuação e resolução de problemas junto a PSR, dando-lhes voz participativa na construção de sua autonomia, para que possam aos poucos se tornar os atores principais do seu próprio cuidado.

É relevante destacar que os estudos relatam dados obtidos das pesquisas realizadas no início da implantação do programa, entre 2011 e 2014, quando foram destacadas as dificuldades de atuação junto aos profissionais das unidades de saúde, não adaptados a atender a PSR. Os estudos realizados no Rio de Janeiro e Porto Alegre descrevem as dificuldades iniciais e enfatizam a atuação humanizada dos profissionais da equipe e a melhor identificação do trabalho multiprofissional, além da adaptação dos mecanismos de outras estratégias, como a PSF, reorientando seu uso para a atuação nas ruas. É necessário diferenciar os territórios (Porto Alegre e Rio de Janeiro) e sua experiência única com esse tipo de atuação, mas é notável averiguar a evolução do programa e a sua consolidação, mesmo que lentamente, dentro do ambiente da APS e dos serviços de saúde como um todo. As políticas e diretrizes do programa norteiam a atuação, mas é notável como o fator tempo é benéfico na consolidação de uma estratégia ampla e modificadora como a CnaR, sendo importante que existam garantias para sua manutenção nas políticas nacionais de assistência à saúde, mesmo diante de mudanças políticas. Fazendo relação com o último estudo, realizado em Maceió, são comuns muitos dos problemas já vistos desde o início da implementação, relativos a questões estruturais e de manutenção, além do constante preconceito ainda muito forte dentro do escopo de profissionais, pouco acostumados a atender as demandas dessa população. Como fator benéfico vemos que a reinvenção e readaptação quase diária diante dos desafios da PSR traz a consolidação do vínculo e da relação de confiança, tão importantes para a continuidade dos atendimentos e tratamentos, baseado nos princípios da redução de danos e respeitando a autonomia e individualidade de cada um dos usuários, enquanto sujeitos de direitos.

6.4 Tecnologias para análise qualitativa

Na sequência da análise, destacam-se dois estudos desenvolvidos por Kami et al. (2016) sobre a aplicação do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) para análise das entrevistas das equipes de Consultório na Rua em um município do sul brasileiro.

O software IRAMUTEQ foi criado em 2009 pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud. Trata-se de um software gratuito programado para realizar análises estatísticas e produzir diferentes tipos de análise de dados textuais, desde simples lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas. Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras).

O primeiro estudo analisa a aplicação do software em pesquisas qualitativas, com destaque para as pesquisas em saúde. Um grupo de 20 profissionais das equipes CnaR de Curitiba é entrevistado sobre sua atuação e rotina de trabalho no programa durante os primeiros meses de 2015. Os dados obtidos nas entrevistas são analisados com uso do software e que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência nas falas. Forma-se, nessa análise, a “nuvem de palavras”, onde as palavras são agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência. A partir das palavras mais frequentes fornecidas no texto, foi realizada a análise lexical. Segundo o estudo, essa análise supera a dicotomia entre a pesquisa quantitativa e qualitativa, pois permite empregar cálculos estatísticos sobre dados qualitativos, isto é, os textos oriundos dos discursos. O vocabulário é identificado e quantificado em relação à frequência e, em alguns casos, também, em relação à sua posição no texto, ou seja, é submetido à cálculos estatísticos para posterior interpretação, sendo essa uma das diferenças da análise de conteúdo, no qual o pesquisador interpreta para depois sistematizar.

No segundo estudo os pesquisadores utilizam o software com intuito de criar uma proposta de prontuário eletrônico que atenda às necessidades do sistema de saúde de Curitiba e também tenha consonância com os sistemas e diretrizes federais. Para uma das etapas de elaboração são analisadas entrevistas realizadas com 20 profissionais das equipes CnaR e 6 usuários do programa. O discurso é analisado para identificar os saberes instrumentais e saberes ideológicos, presentes no processo de trabalho.

O IRAMUTEQ se mostra uma ferramenta de análise inovadora e enriquecedora, trazendo dados de base estatística para análise da temática qualitativa e interpretativa

do discurso. O estudo destaca que seu uso vem sendo cada vez mais comum na análise qualitativa de estudos nas ciências humanas e sociais. Nessa perspectiva a tecnologia torna-se aliada dos métodos analíticos já existentes, desde que sejam entendidas as potencialidades e limitações de cada metodologia, entendendo que sua conjugação traz mais aspectos analíticos e dados relevantes para o estudo em questão. Em relação ao CnaR, os trabalhos identificam pontos estratégicos no discurso de quem atua diariamente na rua, associados às temáticas mais gerais, como as políticas públicas e diretrizes de formação do programa, até as mais específicas ligadas ao atendimento e estratégias de criação de vínculo e acolhimento desenvolvidas com a prática de cada profissional dentro do seu grupo de trabalho. A utilização do software traz inúmeros benefícios para as pesquisas em saúde e a pesquisa qualitativa. O segundo estudo faz uso do IRAMUTEQ para elaboração de prontuário eletrônico utilizando as respostas obtidas por profissionais e pelos própria PSR, mostrando a análise do discurso numa outra perspectiva.

6.5 Estudo internacional

Estudo comparativo realizado entre as normativas dos programas que utilizam unidades móveis para melhoria do atendimento da população em situação de rua em Portugal, EUA e Brasil. Os programas Equipes de Rua (Portugal), Clínicas Móveis de Busca Ativa (EUA) e Consultório na Rua (Brasil) visam, através da busca ativa e itinerante, promover uma alternativa de acesso a saúde para essa população. O estudo destaca que os EUA são pioneiros no oferecimento desse tipo de serviço e que serviço de assistência português se assemelha muito ao brasileiro, motivos pelos quais os dois programas foram selecionados. A análise foi realizada sobre as propostas dos governos federais relativas aos serviços móveis, descrevendo três categorias: contexto, características do sistema de serviços e das unidades.

Os sistemas de saúde dos países são apresentados em uma breve contextualização histórica, destacando os fatores determinantes para a elaboração das estratégias institucionais, além da evolução dos programas e estratégias de cada país.

As equipes de rua portuguesas surgiram em 2001, como estratégia para combater os altos índices de HIV/AIDS e uso abusivo de substâncias psicoativas. Semelhante ao

histórico brasileiro, um grupo intersectorial se reuniu para elaborar a estratégia de assistência à população em situação de rua, que vinha aumentando ao longo dos anos. Em 2006, a estratégia “ENIPSA” foi instituída, tendo como foco a aproximação da PSR com os serviços de saúde através das equipes de rua. Atualmente o serviço é exercido de forma voluntária pelas equipes, sendo requisitadas pelos municípios através de chamadas públicas.

Algo semelhante ocorreu com as equipes de “Consultório de Rua” no Brasil, que se integraram à estratégia Consultório na Rua, ganhando um foco mais amplo de atenção à saúde da PSR e não apenas dos cuidados com dependentes químicos.

O modelo americano, pioneiro, surgiu nos anos 70 e se modificou ao longo dos anos. Com a pressão de movimentos sociais e frentes políticas, as políticas voltadas a PSR ganharam força e apoio mesmo durante o período de recessão mais recente, produzindo um inédito decréscimo da população de rua a partir de 2010.

Os estudos assemelham-se nas estratégias, na busca ativa e itinerante para minimizar as dificuldades de acesso da PSR aos serviços de saúde, além da formação das equipes com profissionais de diversas áreas.

EUA e Brasil se assemelham nos modelos com que evoluíram, fazendo com que os programas voltados a PSR passassem a compor a APS, como descrito na PNAB (2011).

O modelo português passou a atuar na aproximação com os serviços de saúde, porém o foco das equipes seguiu no combate aos casos de HIV/AIDS e dependência química, tendo a APS o papel de orientar e auxiliar as equipes. Além disso, é descrito que a não obrigatoriedade de automóvel para auxiliar na atuação das equipes, descrita na estratégia portuguesa, prejudica a mobilidade e atuação itinerante das equipes, um dos pilares do programa.

Chama a atenção que dois modelos distintos de financiamento da saúde, como EUA e Brasil, tenham normativas com tantas semelhanças. É importante ressaltar que o programa americano é muito mais antigo e consolidado, porém a falta de um sistema de saúde pública de acesso universal torna o sistema pouco efetivo, havendo muitos gastos excessivos com resultados e indicadores ruins quando comparados a países no mesmo grau de envolvimento que possuam sistemas universalizantes. Por outro lado, verificamos um sistema bem estruturado em sua elaboração que infelizmente não recebe a valorização necessária para que atue com máxima abrangência. Mesmo

com essas dificuldades, o SUS é um programa de alcance nacional, com êxito na aplicação de estratégias e ações de atenção e promoção da saúde

6.6 Gestantes em situação de rua

O estudo traz a percepção e análise de um grupo específico, as gestantes em situação de rua. A situação complexa de uma gestação tem seu caráter de risco acentuado pela vulnerabilidade e dificuldades enfrentadas no contexto da vivência nas ruas, tornando mais necessária a atuação e intervenção das Equipes CnaR neste contexto. O estudo é o segundo realizado nas ruas da cidade de Maceió – AL, entrevistou nove gestantes em situação de rua. Nas respostas, as gestantes relatam o atendimento e orientação nos serviços de saúde, principalmente nos cuidados com alimentação e higiene, além do acompanhamento regrado com médico. As entrevistadas citam a dificuldade em manter os cuidados básicos no ambiente em que vivem como por exemplo a alimentação. Muitas vezes elas só conseguem realizar uma refeição por dia ou ficam muitas horas em jejum, sem que seja possível fazer repouso. O estudo relata pôr fim a necessidade atuação mais intensa dos serviços de assistência a PSR junto às gestantes, além de novas estratégias de auxílio para as necessidades básicas, buscando minimizar os riscos quase irreversíveis da vida na rua. Este talvez seja um dos cenários mais incapacitantes no trabalho das equipes e do que descreve a normativa e políticas da estratégia CnaR, pois as necessidades diárias da gestante vão muito além da assistência e conexão com os serviços de saúde. A necessidade de recursos é uma demanda da PSR como um todo, mas essa necessidade ganha enormes proporções na situação da gestante, sendo difícil evidenciar como a CnaR poderia gerar real amparo à vida diária da gestante além do já benéfico atendimento humanizado, assistência e orientação constantes.

6.7 Educação na saúde

Esta pesquisa traz o relato da experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), iniciativa do Ministério da Saúde em conjunto com o

Ministério da Educação, buscando a reorientação da formação nas graduações em saúde, estimulando a formulação de estratégias pedagógicas orientadas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem em realidades concretas das práticas assistenciais dos serviços do SUS(52).

Inicialmente os alunos fizeram reconhecimento do território, descrevendo aspectos singulares. Posteriormente acompanharam o trabalho estratégico das equipes nas reuniões, discussões de estratégias para finalmente acompanharem o trabalho em campo. O acompanhamento longitudinal da saúde do morador de rua propiciou ao aluno importante conhecimento sobre estratégias de cuidado e a rede de proteção social.

Segundo o estudo, a experiência da inserção dos alunos nos cenários das práticas de saúde do SUS para a PSR foi importante no desenvolvimento de senso crítico e reflexão sobre a importância da efetivação das políticas públicas, na busca constante pela garantia de direitos sociais e humanos, principalmente no que diz respeito a PSR.

6.8 Saúde Bucal

Por fim, os últimos dois estudos abordam a saúde bucal e o seu oferecimento dentro da estrutura do CnaR. O primeiro estudo, um relato do trabalho de ampliação do atendimento em saúde bucal realizado na Prefeitura Municipal de São Paulo através da implantação das Unidades Odontológicas Móveis (UOM). O estudo destaca a atuação nas UOM como uma estratégia importante na criação de vínculo com os serviços de saúde, sendo uma importante porta de entrada devido à constante demanda apresentada muitas vezes pelos próprios usuários do programa.

O segundo estudo buscou analisar as principais necessidades e dificuldades relativas ao cuidado de saúde bucal da população em situação de rua no Distrito Sanitário Ido município do Recife. Foram selecionados 4 trabalhadores do CnaR, 10 cirurgiões-dentistas de unidades de saúde da família (USF), 4 cirurgiões-dentistas de unidades tradicionais (apenas 2 participaram) e 7 moradores de rua. Foram realizadas entrevistas entre dezembro de 2015 e abril de 2016.

A necessidade de acesso à saúde bucal foi identificada nas falas de todos os entrevistados, reconhecendo a demanda por consulta odontológica apresentada pelos

próprios usuários do programa, como relatado também no estudo anterior. Na atenção a saúde da PSR, a saúde bucal aparece como fator de impacto na melhora da autoestima e valorização social, sendo o profissional de saúde bucal um potencial redutor de danos.

Segundo o estudo, o profissional de saúde bucal deve entender sua importância no processo de motivação para o autocuidado e da redução de danos dos moradores de rua. Nesta concepção, o cuidado em saúde bucal pode ser visto como uma possibilidade de resgatar o direito a saúde bucal com qualidade, direito de sorrir com dignidade e reduzir as barreiras para a sua ascensão social.

Os estudos publicados evidenciam a importância da saúde bucal na melhoria dos aspectos físicos e psicossociais, especialmente nas situações de vulnerabilidade e perda de autoestima tão comuns na vida da PSR. O profissional de saúde tem papel importante na melhoria dos quadros de saúde, como também na busca pela dignidade e ascensão social por parte dos usuários que buscam atendimento.

6.9 Implementação do Programa Consultório na Rua

6.9.1 Políticas Sociais

A política social pode ser definida como uma concessão, de ordem política, de direitos e deveres aos cidadãos. Essas prerrogativas se referem à transferência de bens e serviços que objetivam atenuar e combater condições que desfavorecem o cidadão no pleno exercício de sua cidadania e garantias como cidadão de direitos (60).

A proteção social consiste na ação, de caráter coletivo, que visa proteger e dar assistência aos indivíduos ou grupos que possam atingir ou estão numa situação de risco ou vulnerabilidade (61). Na definição do ministério da cidadania, a proteção social se traduz como:

O conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social estruturados para prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, buscando a inserção de famílias e indivíduos na rede socioassistencial e em outras políticas setoriais, visando ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a superação dessas situações (62).

Nesta contextualização, são criadas as estratégias e programas com bases nas prerrogativas acima descritas. A estratégia CnaR assimila as bases conceituais da assistência e proteção social, trazendo mais um caráter importante, a descentralização das ações e serviços.

A PNAS (2004) define que a construção da política pública de assistência social precisa considerar dentro da proteção social: as pessoas, as suas circunstâncias de vida e seu núcleo de apoio familiar. Esses eixos particulares são extremamente distantes dos programas de ordem macro, centralizados no poder público federal. Portanto, para atingir de maneira considerável essas vertentes individuais dos cidadãos, as estratégias de proteção social e assistência devem ter a maior aproximação possível do cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem e se mostram.

Sob esse princípio é necessário relacionar as pessoas e seus territórios, no caso do Brasil, os municípios. O município, por sua vez, deve redirecionar as estratégias dentro do seu território, nas áreas de maior risco, regiões mais necessitadas. Portanto a descentralização é um dos suportes estruturais mais importantes na estratégia CnaR, pois a definição, diretrizes e normativas da política nacional só podem ser postas em prática de maneira efetiva de modo descentralizado e coletivo.

Por outro lado, a implantação descentralizada possui um limitador importante, a proporção de aceitação a nível local das estratégias (27). Como descrito em alguns dos estudos analisados nesta pesquisa, diversas são as barreiras locais para a efetiva contribuição do programa e consolidação de sua estratégia de ação dentro dos municípios. Dado o caráter complexo, e por vezes controverso, dentro da visão estereotipada do modelo de saúde vigente, muito alimentado por uma cultura de estigmatização deletéria da população em situação de rua ao longo dos anos, o programa enfrenta resistência dentro do próprio universo da APS. É preciso, portanto, refletir não apenas sobre a ampliação da estratégia dentro do território nacional, mas também na manutenção e garantia de continuidade dessa e de outras ações de proteção social rotuladas de maneira negativa por agentes da sociedade civil, do poder privado e do próprio poder público.

6.9.2. Estágio de implantação do programa CnaR no território nacional

Atualmente o programa Consultório na Rua possui 159 equipes no território nacional. A portaria nº 122/2012 estimava, em seu anexo, 92 equipes por município financiadas pelo MS, tendo como base os censos populacionais municipais. Essa diferença representa um acréscimo de 72,8% no número de equipes na comparação entre os dias atuais e o início do programa. Essa grande diferença reflete a pouca informação que se tem sobre a população em situação de rua no território nacional. A estimativa realizada pelo IPEA em 2016 toma como base o censo populacional, um dado importante, porém pouco definitivo dentro da complexidade do universo da população de rua do Brasil.

O novo cálculo das equipes financiadas pelo MS, disponível no site do programa Consultório na Rua, faz uma estimativa de 307 em todo o território nacional, levando em consideração os municípios que possuem entre 100 e 300.000 habitantes e os que possuem mais de 300.000 habitantes (63). Considerando este dado, o programa hoje atinge pouco mais da metade do contingente. Não é possível saber quais outros dados são levados em consideração pela coordenação de atenção básica federal, mas com certeza é possível afirmar que o número não leva em consideração o índice ou censo populacional para a população de rua, pois esse dado tampouco existe.

O próprio IBGE, ao citar a importância do Censo populacional do Brasil, indica que os índices populacionais trazem informações muito mais ricas que a simples somatória da população, como características relacionadas a idade, gênero, características territoriais das cidades. Esse denso volume de informações irá basear pesquisas, estratégias de atuação, políticas de intervenção e ação conjunta, além de servirem como termômetro da real efetivação e melhora do quadro social (64). O próprio IBGE afirmou, em reportagem de 2018, que o censo populacional leva em consideração apenas domicílios permanentes, sendo quase que certa a exclusão da população em situação de rua da pesquisa que será realizada em 2020 (65).

6.9.3. Região metropolitana de São Paulo

Nos dados atuais, a região metropolitana possui pouco menos de 17% do número total de equipes CnaR do Brasil. Só na capital paulista, são 19 equipes atuando nas grandes áreas de concentração da PSR. Assim como na capital, as grandes

aglomerações de pessoas em situação de rua ocorrem principalmente nas regiões centrais das cidades.

No perfil econômico, a região metropolitana é responsável por mais da metade do PIB do estado de São Paulo (55%) e quase 1/5 do PIB nacional (18%) (32). Sendo considerada a região mais desenvolvida economicamente, com IDHM calculado em 0,794 (39), é um contrassenso pensar que a região mais rica do país seja a que provavelmente concentra o maior número de pessoas em situação de rua.

A já citada pesquisa do IPEA, realizada em 2016, produz um modelo teórico que leva em consideração 5 fatores, que iremos resumir:

- 1- O fator explicativo mais importante é o número de habitantes do município. Quanto maior o município, maior a tendência deste de ter moradores de rua.
- 2- Segundo fator explicativo é a pobreza, conceitualizada a partir das situações que caracterizem privação econômica e exclusão social, que, conforme explica a pesquisa, são associados de maneira contundente a probabilidade de a pessoa vivenciar a situação de rua.
- 3- O terceiro fator leva em consideração o grau de centralidade do município, isto é, grandes polos comerciais e centros de importantes regiões metropolitanas.
- 4- O quarto fator explicativo se refere à atuação municipal na área de atendimento à população de rua, denominado atuação da assistência social para com a população em situação de rua.
- 5- O quinto fator explicativo é o número de moradores de rua que a gestão municipal cadastrou no Cadastro Único para Programas Sociais.

Partindo do modelo estabelecido no desenho metodológico da pesquisa, Grandes centros, como a cidade de São Paulo, acabam atraindo mais pessoas do que o percentual de municípios de médio porte. Como centro da maior metrópole, do país, a capital acaba por cooptar parte da população de rua dos centros urbanos vizinhos, provocando crescimentos abruptos da PSR, sobretudo em épocas de recessão e crise econômica. O secretário de assistência social declarou, em janeiro de 2019, que a estimativa da população de rua na cidade era de mais de 25.000 pessoa, quase dez mil a mais que o censo realizado em 2015 (66). Em outra reportagem de junho de 2019, o líder do Movimento Estadual da População em Situação de Rua disse que a estimativa municipal estava defasada, pois o censo municipal não contabiliza diversos locais de dormitório improvisado, como cemitérios, buracos em viadutos. Segundo os

dados de cadastro do movimento, a cidade possui por volta de 32.600 pessoas em situação de rua, o que representa mais de 30% da estimativa do IPEA em 2016 e mais que o dobro do censo populacional realizado pela prefeitura em 2015 (67).

Caso esse número se confirme, o número de equipes CnaR segundo o cálculo do MS é muito inferior ao necessário para suprir o atendimento dessa população.

Outro ponto destacado na implementação é a participação de órgãos da iniciativa privada na implementação. Como exemplo, na cidade de São Paulo o gerenciamento de todas as 19 equipes é conduzido por Organizações Sociais de Saúde (OSS), instituições do setor privado vinculadas ao poder municipal. Essa participação é prevista na lei orgânica da saúde.

Na tabela 6 estão são descritas as composições das equipes CnaR das cidades da região metropolitana de São Paulo. Variando em número e modalidades, são visíveis as diferenças de atendimento nos municípios. Alguns municípios sofrem com a pouca estrutura de apoio. Cidades de grande porte, como Osasco, não possuem atendimento a PSR, limitando drasticamente a sua atuação. Dos oito municípios além da capital, apenas Santo André e São Bernardo do Campo possuem equipes modalidade III, ou seja, com médico na sua composição. Várias equipes não conseguem atuar no período noturno, por falta de segurança ou de pessoal. Em relação aos profissionais de odontologia, apenas 5 equipes de São Paulo contam com profissionais na composição. Fatores como estes foram citados nos trabalhos analisados como obstáculos para ações efetivas e ampliação do território de atuação. Isso sem discutir os fatores abstratos, relacionados ao preconceito e estigmatizações que provavelmente devem estar presentes nos serviços de saúde da metrópole paulistana.

6.9.4 Saúde bucal

Este trecho das resoluções abre um caminho para elucidações e novas (ou resgate de velhas) questões sobre a saúde bucal e a representação da boca além da visão biomédica.

A Federação Dental Mundial (FDI World Dental Federation) define a saúde bucal:

Saúde é multifacetada e inclui, sem limitações, a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções, através de expressões faciais, com confiança e sem dor ou desconforto e sem doença do complexo craniofacial (68).

Desde as origens, a Odontologia se identifica sumariamente como um saber técnico, a partir de uma divisão espacial ainda pouco ou nada resolvida com a Medicina. Isso significa que a Odontologia, caracterizada como profissão da saúde e ainda vista por muitos como especialidade médica, tem dificuldade de se relacionar com as outras áreas clínicas, e seu discurso se vale muitas vezes de uma linguagem específica, algo que a impede de se pronunciar sobre problemas sociais que, por não lhe “pertencerem”, não lhe competem juízo ou atenção (69).

Um trecho do livro *Diálogos sobre a boca* discorre sobre o histórico de desvinculação da Odontologia como prática isolada das demais áreas sobre duas vertentes, a primeira se vale do recorte do paciente do seu contexto social (resumido ao complexo bucal) e a segunda diz respeito ao isolamento visto nas próprias práticas de saúde.

Sobre isso o autor acrescenta:

A Odontologia, ao fazer da boca uma abstração, a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e “compreendido” apenas a partir dele. O ser em sua concretude, como realidade social, com seus nexos sociais, é ignorado pela clínica odontológica. Nisto reside sua particularidade. Tendo apreendido “definitiva e verdadeiramente seu objeto”, para fazê-lo a Odontologia organizou-se independentemente das práticas médicas que então se constituíam. Desde o século XIX a odontologia é exercida com forte dose de autonomia, o dentista sozinho processando a cura (ao menos em tese), a ciência odontológica se bastando a si própria. Para estabelecer essa desvinculação precisou antes fazer outro recorte, outra desvinculação, consequência de sua organização independente: ao autonomizar sua prática autonomizou igualmente seu objeto em relação ao corpo biológico (70).

A prática odontológica culmina por consolidar o distanciamento frente às outras áreas da saúde, dificultando uma abertura ao diálogo compartilhado entre equipes multiprofissionais, algo viável nos serviços públicos de saúde, em especial os de APS (71).

Além de viável, o compartilhamento de informações mostra-se necessário no escopo das ações e estratégias direcionadas à população em situação de rua. O trabalho multiprofissional aparece como agente vinculador e aparato contra os obstáculos que se apresentam nas condições precárias de vida da PSR, que exigem um reinventar quase diário das equipes na elaboração de seus planos de atuação.

Considerando novamente o recorte da região metropolitana, destacamos a atuação em saúde bucal das equipes CnaR. Nos dois trabalhos que abordaram exclusivamente este tema, a saúde bucal foi considerada fator de suma importância na criação de vínculo dos usuários ao programa, pois os problemas da boca são grande parte da demanda trazida pela PSR. A saúde bucal ganha destaque inclusive na página da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, como foi destacado na justificativa deste estudo, dando especial ênfase à atuação dos profissionais de saúde bucal nas ações do programa CnaR.

Usando mais uma vez a tabela 5 como pano de fundo vemos em destaque as equipes CnaR que possuem profissionais de saúde bucal em sua composição. Todas as equipes pertencem à cidade de São Paulo, representando aproximadamente 26% do total de equipes. É um número expressivo, principalmente na comparação com os demais municípios da região, dos quais nenhum possui profissional de saúde bucal. O estudo apresentado pela coordenação CnaR da Prefeitura de São Paulo destaca em sua apresentação o projeto pioneiro das unidades odontológicas móveis, responsáveis por importante melhoria no número de atendimentos na área de saúde bucal da região (48).

Em seminário realizado na Sede da BOMPAR, Organização de Saúde responsável por gerenciar 18 das 19 equipes do município, os números apresentados pela entidade apontavam aumento significativo dos atendimentos e reabilitações protéticas.

Esse contexto positivo nos volta o olhar para a atuação odontológica no programa, afinal mesmo com bons índices dentro do atendimento clínico nas UBS e UOM, ainda é possível enxergar a atuação odontológica para além da prática clínica dentro do consultório e da cadeira odontológica.

Para isso, é necessário questionar:

- Como os dentistas se relacionam com as equipes de Consultório na Rua e demais equipes de saúde?

- Nas equipes que possuem dentistas em sua composição, os mesmos realizam trabalho com as equipes de rua?

Junto aos outros profissionais, é possível buscar soluções para questões multifatoriais que passem por problemas e soluções bucais.

A atuação em equipe é uma diretriz do SUS e um pilar fundamental na APS, reforçando a importância da atuação itinerante do dentista junto à equipe, conhecendo o território e a população atendida dentro do seu local de vivência, conhecendo seus hábitos, suas dificuldades e entendendo seu cotidiano.

O papel do dentista como redutor de danos é destacado no segundo estudo sobre saúde bucal. Essa potencialidade ultrapassa o atendimento na cadeira odontológica e supera o restrito universo técnico – clínico. É preciso, portanto, enxergar o indivíduo além de sua boca, e sua boca para além de suas funções fisiológicas. Esse conjunto de subjetividades só pode ser exposto pelo próprio indivíduo, e sua visibilização e contextualização é demonstrada dentro do seu ambiente e meio de vivência, algo difícil de se reproduzir na estranheza do ambiente clínico. Conhecer os desejos, os anseios e os usos sociais da boca podem elucidar melhores estratégias de vínculo, de cuidado, e de auto percepção do usuário sobre sua saúde e sua autonomia.

A implementação do programa no território nacional está em constante crescimento, mostrando que a estratégia de ação se mostra relativamente bem aceita nos municípios, mesmo com obstáculos presentes na estrutura do modelo de saúde atual. O reflexo deste crescimento se mostra na região metropolitana de São Paulo, dadas as devidas proporções em relação ao número de pessoas em situação de rua em cada município. A cidade de São Paulo ganha destaque pela grande estrutura profissional e a recente implantação das unidades odontológicas móveis, importante para o atendimento clínico itinerante e também como mecanismo de vinculação dos pacientes ao tratamento. A análise da implementação deve levar em consideração diversos fatores, atores e variáveis para sua análise. Neste contexto, o número de equipes existentes, mesmo sendo um fator importante, deve ser associado a outras variáveis para melhores definições.

Ainda sobre a odontologia, o estudo destaca o papel do profissional de odontologia como redutor de danos, potencialidade que deve ultrapassar o modelo técnico-clínico, valorizando o paciente em sua total conjuntura, não apenas a cavidade bucal, promovendo suas ações dentro do seu ambiente de vivência do indivíduo. A pesquisa experimental pode ser uma alternativa importante para avaliar o papel do dentista

como redutor de danos, além da melhor compreensão da vida das pessoas em situação de rua, visando efeitos benéficos sobre a saúde, bem-estar e autonomia.

7 CONCLUSÕES

Identificação e análise documental sobre a estruturação e normativa do programa CnaR

A análise sobre os documentos oficiais destaca que as políticas para a população de rua eram muitas vezes precedidas de forte pressão popular das entidades e movimentos coletivos, inflamados por ações trágicas e criminosas contra pessoas em situação de rua.

A PNAS, de 2005 serviu de base e fundamento para a elaboração de estratégias e ações, tendo como destaques a determinação da proteção social especial a PSR e que as ações atuassem de maneira itinerante. A PNPSR criada em 2009 destaca a pessoa em situação de rua como sujeito de direitos, com autonomia sobre suas escolhas, confrontando as ações violentas e higienistas que atingem em grande parte a PSR.

Após a importante fundamentação destas políticas, A PNAB e a portaria nº122/2012 são responsáveis por instituir e normatizar as diretrizes da estratégia e determinações para formação das equipes. O trabalho do CnaR deve ser descentralizado, itinerante, realizando atendimento integral e promovendo a articulação com os serviços e demais equipes de saúde.

Estágio de implementação do Programa CnaR e distribuição das equipes

O programa atualmente abrange todas regiões do território nacional, estando presente em 26 dos 27 estados brasileiros. É importante salientar que diversos fatores e atores e influenciam, positiva ou negativamente, na implementação de uma estratégia de caráter descentralizado, principalmente envolvendo temas mais sensíveis. Destacamos a região metropolitana, polo comercial e área de maior atuação do programa CnaR, com 27 em 9 municípios diferente. A cidade de São Paulo tem grande

destaque pelo grande número de equipes, além de sua estrutura de atendimento, que inclui unidades odontológicas móveis. As UOM ganham destaque com a atuação itinerante e como ferramenta de vínculo com a PSR

Revisão bibliográfica integrativa

A revisão integrativa trouxe a oportunidade de analisar a produção científica que aborda o Programa Consultório na Rua, desde a sua implementação. Foram levantados diversos relatos positivos sobre experiências de sucesso aliadas a crescente evolução das práticas de atendimento. Também identificou alguns elementos importantes que devem nortear estas práticas em todas as áreas profissionais envolvidas, inclusive os gestores.

Novas tecnologia foram apresentadas em dois artigos, trazendo uma estratégia diferencial sobre a análise do discurso.

O estudo também identificou elementos importantes no cuidado à População em Situação de Rua, como a importância da atuação em equipe, a fuga da estigmatização e da sistematização do cuidado bem como a importância da conquista da autonomia por parte da população em situação de rua.

REFERÊNCIAS²

1. Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Texto Contexto*. 2006;4(1):1–15. doi: 10.15448/1677-9509.
2. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. CNS 2012. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012. [citado 20 jan 2019]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
3. Sotero M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. *Rev Bioética* [Internet]. 2011 [citado 20 dez 2018];19(3):799–817. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677/727.
4. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. *Rev Bras Bioética*. 2006; 2(2):187-200.
5. Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec; 2015.
6. Prefeitura Municipal de São Paulo. Censo da população em situação de rua, 2015. São Paulo; 2015. [citado 10 fev 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf.
7. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Cristin Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019 Jul;394(10194):249-60. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8).
8. Prefeitura Municipal de São Paulo. Censo da população em situação de rua, 2015. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf.
9. Brasil. Constituição 1988: Art. 5º e 6º. Brasília (DF); 1988. [citado 10 jan 2019]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei n. 8.080/90. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990. [citado 19 mar 2019]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>.

² De acordo com estilo Vancouver.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 19 mar 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
12. Frota HC, Brasil FPD. Fórum de população de rua de Belo Horizonte – a criação de uma política pública de forma participativa e deliberativa. XXXVII Encontro da ANPAD; 2013; Rio de Janeiro. [citado 14 fev 2019]. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB2069.pdf
13. O grito dos excluídos. Folha de São Paulo São Paulo. 1997.[citado 14 abr 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/9/06/opinioao/7.html>
14. Empresa Brasil de Comunicação (EBC). Marcha do grito dos excluídos pede redução da desigualdade. Rio de Janeiro; 2018. [citado 19 mar 2019]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-09/marcha-grito-dos-excluidos-pede-reducao-da-desigualdade>
15. Santos, ND. O Movimento nacional de população de Rua / Núcleo Londrina: uma trajetória de luta [monografia]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.
16. Lima NPM. Movimento nacional da população em situação de rua do RN: formação política [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.
17. Movimento do Trabalhadores Sem Teto (MTST). Com responsáveis ainda impunes, massacre da sé completa 14 anos. São Paulo; 2018. [citado 20 mar 2019]. Disponível em: <https://mtst.org/noticias/com-responsaveis-ainda-impunes-massacre-da-se-completa-14-anos/>.
18. Brasil. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília (DF); 2004. [citado 20 mar 2019]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.
19. Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Cartilha de formação do Movimento Nacional da População de Rua: conhecer para lutar. São Paulo: Instituto Pólis; 2010. [citado 14 fev 2019]. Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf.
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). Relatório do I Encontro Nacional Sobre a População em Situação de Rua. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome; 2006. [citado 20 fev 2019]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/017-1.pdf>

21. Brasil. Lei 11.258/2005. Brasília (DF): Casa Civil; 2005. [citado 20 fev 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm.
22. Brasil. Decreto Presidencial. Criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI). Brasília (DF): Casa Civil; 2006. [citado 20 fev 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm.
23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome; 2011. [citado 20 fev 2019]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf.
24. Brasil. Casa Civil. Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 2009. [citado 20 fev 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 20 mar 2019]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº122/2011. Diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado 20 mar 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
27. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. Saúde Debate [Internet]. 2015 jan-mar [citado 20 jan 2019];39(104):210–25. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n104/210-225>.
28. Segatto CI. Análise da implementação de políticas públicas: o Programa de Alfabetização na Idade Certa em dois municípios cearenses. Temas Adm Públ [Internet]. 2012 [citado 20 mar 2019];4(7):1-16. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6189/4654>.
29. Natalino MAC. Estimativa da população de rua no Brasil.). Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2016. [citado 4 abr 2019]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf.

30. Bergamo M. População de rua deve chegar a 20 mil e faz prefeitura antecipar o censo. Folha de São Paulo [Internet]. 2018. [citado 15 maio 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2018/07/populacao-de-rua-deve-chegar-a-20-mil-e-faz-prefeitura-antecipar-o-censo.shtml>.
31. Oliveira DO. Lista dos CRs BRA. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <gabriel.mariano@usp.br> em 15 jun. 2019.
32. Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (EMPLASA). Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) [Internet]. São Paulo; 2018. [citado 15 maio 2019]. Disponível em: https://www.pdui.sp.gov.br/rmsp/?page_id=56.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Consultório na Rua. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>.
34. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa. O que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [citado 14 abr 2019];8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
35. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008 out-dez;17(4):758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Equipes de Saúde (CNES). Brasília (DF): Ministério da Saúde; [20--]. [citado 4 abr 2019]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.
37. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510 CEP/CONEP. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2016. [citado 19 abr 2019]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
38. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://ibge.gov.br/>
39. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. [Local desconhecido: editora desconhecida]; [20--]. [citado 20 mar 2019]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>.
40. Santos CF. Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas. Porto Alegre: [editora desconhecida]; 2013.

41. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. C. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49):251-60. - doi: <http://dx.doi.org/10.1590/180757622013.0738>.
42. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Esc Anna Nery*. 2016 jun;20(3). doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160069>.
43. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 maio-jun;50(3):440-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>.
44. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Health care of people in homelessness: a comparative study of mobile units in Portugal, United States and Brazil. *Cienc Saúde Colet*. 2017 Mar;22(3):879-890. doi: [10.1590/1413-81232017223.25822016](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016).
45. Camargo BP. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. *Rev Bras Med Fam Com*. 2016;11(38):1-3. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269).
46. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(6):1839-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>.
47. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Mission and effectiveness of Outdoor Clinics (Consultórios na Rua): an experience of consensus production. *Saúde Debate*. 2017;41(114):963-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711423>.
48. Cruz DS, Nakanishi M, Marques RAA. Atenção em saúde bucal para pessoas em situação de rua - um componente do consultório na rua / Oral healthcare for people on the street - an office component on the street. *São Paulo; SMS*; 22-24 mar. 2017. 1 p.
49. Araujo AS, Santos AAP, Lúcio IML, Tavares CM, Fidélis EPB. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017 out;11(supl.10):4103-10. doi: [10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201713](http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201713)

50. Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABVL. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cad. Saúde Colet.* 2018;26(3):285-91. doi: 10.1590/1414-462X201800030130.
51. Cardoso AC, Santos DS, Mishima SM, Anjos DSC, Jorge JS, Santana HP. Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. *Rev Latino-Am Enferm* 2018 out;26:e3045. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045>
52. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralick GBF. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 supl 6:2843-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>.
53. Campos A. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. *Saúde Soc.* 2018 out;27(4):997-1003. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018180908>.
54. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publ.* 2018;42:e170. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>.
55. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface (Botucatu).* 2018 dez;22(67):1043-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>.
56. Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde Transform Soc [Internet].* 2012 [citado 19 mar 2019];3(1):39-48. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1465/1697>.
57. Gianezini K, Barretto LM, Gianezini M, Lauxen SL, Barbosa GD, Vieira RS. Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. *Rev Polít Públ.* 2017;21(2):1065-84. doi: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v21n2p1065-1084>.
58. Benedito A, Menezes DFN. Políticas públicas de inclusão social. *Rev Ética Filos Polit.* 2013;1(16):57–76.

59. Prefeitura Municipal de São Paulo. Documento norteador dos consultórios na rua. São Paulo; 2016. [citado 19 nov 2018]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorc onsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>.
60. Pimenta MM. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. Civitas. 2019 abr;19(1):82-104. doi: <http://www.ufrgs.br/ifch/home.php>.
61. Vlana LA, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 65-105.
62. Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Proteção social básica. Brasília (DF): Ministério da Cidadania; [20--]. [citado 10 out 2018]. Disponível em: <http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/mds-para-voce/carta-de-servicos/gestor/assistencia-social/basica>.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Cálculo do número máximo de novas equipes de consultório na rua que poderão ser financiadas pelo MS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [20--]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo_equipe_consultorios_na_ua.pdf.
64. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Responde. [local desconhecido]: IBGE; [20--]. [citado 20 nov 2019]. Disponível em: <https://respondendo.ibge.gov.br/voce-foi-procurado-pelo-ibge/para-que-servem-as-pesquisas-do-ibge.html>.
65. Empresa Brasil de Comunicação. População de rua deve ficar fora do censo 2020. Agencia Brasil. 2018. [citado 10 jan 2019]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-09/populacao-de-rua-deve-ficar-fora-do-censo-2020>.
66. Cidade de São Paulo tem 25 mil moradores de rua, diz secretário. Metro [Internet], 15 jan. 2019. [citado 19 jan 2019]. Disponível em: <https://www.metrojornal.com.br/foco/2019/01/15/cidade-de-sao-paulo-tem-25-mil-moradores-de-rua-diz-secretario.html>
67. Bergamo M. Em dois anos, SP vê salto de 66% de pessoas abordadas vivendo nas ruas. Folha de São Paulo [Internet], 22 jun. 2019. [citado 25 jun 2019]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/em-dois-anos-sp-ve-salto-de-66-de-pessoas-abordadas-nas-ruas.shtml>.

68. FDI World Dental Federation. FDI unveils new universally applicable definition of 'oralhealth'. Geneva; 2016. [citado 20 jan 2019]. Disponível em: <https://www.fdiworlddental.org/news/press-releases/20160906/fdi-unveils-new-universally-applicable-definition-of-oral-health>.
69. Kowaleski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca: a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Cienc Saúde Colet. 2006;11(1):97-103.
70. Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2013.
71. Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araujo ME. A clínica do corpo sem boca. Saúde Soc. 2016;25(4):1039-49. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163946>