



DETERMINANTES SOCIAIS, EQUIDADE E CONSULTÓRIO NA RUA
SOCIAL DETERMINANTS, EQUITY AND DOCTOR'S OFFICE IN THE STREET
DETERMINANTES SOCIALES, EQUITAD Y CONSULTORIO EN LA CALLE

Andressa Hoffmann Pinto¹, Vivian Costa Fermo², Caroline Cechinel Peiter³, Vanessa Martinhago Borges Fernandes⁴, Ivonete Teresinha Schülter Buss Heideman⁵

RESUMO

Objetivo: apresentar as experiências vividas por uma enfermeira no exercício de suas funções numa equipe de Consultório na Rua. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência, acerca das vivências de uma enfermeira ao atuar em uma equipe de Consultório na Rua. **Resultados:** vivenciaram-se situações de discriminação da população em situação de rua pela sociedade, incluindo profissionais de saúde, dificuldades de acesso à Rede de Atenção à Saúde por pessoas em situações de rua, injustiças sociais e lacunas entre as políticas públicas existentes e a sua aplicação na prática. **Conclusão:** evidenciou-se que a atuação da enfermeira no Consultório na Rua submerge a reflexão sobre os determinantes sociais da saúde presentes na população em situação de rua. **Necessita-se,** face às fragilidades referidas, de investimentos em educação permanente dos profissionais, da efetivação das políticas públicas existentes, do empoderamento do usuário para o exercício da cidadania e de investimentos em estudos nesta área do cuidado. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Vulnerabilidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to present the experiences lived by a nurse in the exercise of her duties in a team of Doctor's Offices in the Street. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, a type of experience report, about the experiences of a nurse while working in a team at the Office. **Results:** there were situations of discrimination of the population in a street situation by society, including health professionals, difficulties in accessing the Network for Health Care by street people, social injustices and gaps between existing public policies and their application in practice. **Conclusion:** it was evidenced that the nurse's role in the Street Office submerges the reflection on the social determinants of health present in the street population. It is necessary, given the weaknesses mentioned, of investments in the permanent education of professionals, the implementation of existing public policies, the empowerment of the user to exercise citizenship and investments in studies in this area of care. **Descriptors:** Primary Health Care; Health Equity; Social Determinants of Health; Social Vulnerability; Homeless Persons; Public Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: presentar las experiencias vividas por una enfermera en el ejercicio de sus funciones en un equipo de Consultorio en la calle. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, tipo relato de experiencia, acerca de las vivencias de una enfermera al actuar en un equipo de Consultorio en la calle. **Resultados:** se experimentaron situaciones de discriminación de la población en situación de calle por la sociedad, incluyendo profesionales de salud, dificultades de acceso a la Red de Atención a la Salud por personas en situaciones de calle, injusticias sociales y lagunas entre las políticas públicas existentes y su aplicación en la práctica. **Conclusión:** se evidenció que la actuación de la enfermera en el Consultorio en la calle sumerge la reflexión sobre los determinantes sociales de la salud presentes en la población en situación de calle. Se necesita, ante las fragilidades referidas, de inversiones en educación permanente de los profesionales, de la efectividad de las políticas públicas existentes, del empoderamiento del usuario para el ejercicio de la ciudadanía y de inversiones en estudios en esta área del cuidado. **Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Equidad en Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Vulnerabilidad Social; Personas sin Hogar; Enfermería en Salud Pública.

¹Mestra (doutoranda), Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: deessa_h@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6448-2166>; ^{2,3,4}Mestras (doutorandas), Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: vivianfermo@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5324-4701>; E-mail: carolcechinel@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0032-6791>; E-mail: vambfernandes@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0552-7229>; ⁵Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0058-5120>

INTRODUÇÃO

Definiram-se, pelo advento do capitalismo e de seus meios de produção, o modo de organização da sociedade e como os indivíduos se comportam no mundo. Liga-se, nessa perspectiva, o bem-estar do ser humano a questões financeiras, sendo que o homem, por vezes, é explorado sem garantias de proteção social. Tem-se, dentre as situações sociais amparadas de forma ineficaz pelas políticas de governo, o fenômeno das populações em situação de rua. Sabe-se que as causas desta realidade são multifatoriais como, por exemplo: a acelerada urbanização, gerando, desordenadamente, os grandes centros urbanos; a desigualdade social; a pobreza; o desemprego; a ausência de moradia; fatores de caráter individual, como a quebra de vínculos familiares; os transtornos mentais e o uso abusivo de álcool e outras drogas.¹

Elencaram-se, em 2005, no Primeiro Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, ações para a formulação de políticas públicas direcionadas a esta população, entre elas, a realização de estudos capazes de quantificar e permitir a sua caracterização socioeconômica. Identificaram-se, nesse sentido, pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 31.922 pessoas em situação de rua em 71 municípios brasileiros. Levantou-se, dentre os entrevistados (somente participaram da pesquisa pessoas com 18 anos completos ou mais), que 82% eram do sexo masculino, 53% possuíam entre 25 e 44 anos, 39% se declararam pardos, sendo baixos os níveis de escolaridade e de renda. Detalha-se que, dentre os resultados, chamou a atenção que, apesar das inúmeras necessidades em relação ao acesso à saúde, à alimentação e devido ao sofrimento de processos discriminatórios, 96% desta população não participavam de qualquer movimento social e 62% não exerciam o direito de cidadania por meio do voto em eleições das três esferas do poder.²

Possibilitou-se, pela pesquisa, identificar algumas particularidades e determinantes sociais envolvidos no fenômeno da população em situação de rua, contribuindo para a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que visa a assegurar o acesso dessa população aos serviços e programas que integram as políticas públicas, incluindo a saúde e a assistência social, resguardar os direitos humanos, potencializar a cidadania e capacitar os profissionais para a assistência a

Determinantes sociais, equidade e consultório na rua.

pessoas em situação de rua pautada pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles, a equidade.³

Deparam-se países europeus também, na atualidade, com o fenômeno da população em situação de rua e, neste sentido, implementam políticas sociais governamentais para reduzir a falta de moradia e promover ações e programas que ofereçam suporte e cuidado a essas pessoas. Realizou-se na cidade de Olsztyn, Polônia, por exemplo, o recenseamento da população em situação de rua, no ano de 2013, que demonstrou que a maioria dos indivíduos (93%) era homem, tinha idade média de 54 anos, era dependente do álcool (79%), fumante (85%), com um baixo nível de escolaridade e quase um terço (33%) declarou que ocasionalmente passou fome, sendo que a principal fonte de alimentos foram as refeições oferecidas pelos serviços de assistência social (90%).⁴

Reconhece-se, internacionalmente, que as políticas públicas devem levar em consideração os determinantes sociais da saúde, atentando-se para todos os fatores sociais que podem estar envolvidos no processo de adoecimento do indivíduo e da população. Compreende-se, nesse contexto, o conceito de saúde para além de uma perspectiva biológica e deve-se considerar a vivência do indivíduo em sociedade e o acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais, visto que o contexto social e a história de vida individual e da coletividade irão influenciar neste processo.⁵

Instituíram-se, ao atentar para os determinantes sociais da saúde e os princípios que regem a Política Nacional para a População em Situação de Rua, no que concerne ao acesso à saúde, em 2012, as Equipes de Consultório na Rua (eCR) por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),⁶ sendo reforçadas em 2017.⁷ Tratam-se as eCR de equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua ou com características análogas, podendo realizar suas atividades nas ruas, instalações específicas, unidade móvel e Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e articulando-se com outros serviços para prover a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.⁶⁻⁷

Devem-se acolher demandas diversas pela assistência prestada por eCR, considerando a saúde como algo complexo, que depende de uma série de fatores vinculados à promoção da saúde e à prevenção de agravos, atentando-se para os principais riscos aos

quais essa população está exposta, considerando que o acesso à educação, lazer, moradia, trabalho, segurança e assistência social irão repercutir positivamente na qualidade de vida do indivíduo. Necessita-se, nesse contexto, o profissional da saúde de conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de, além de oferecer acesso à saúde, desenvolver ações que fortaleçam a cidadania das pessoas em situação de rua. Tornam-se, então, imprescindíveis conhecimentos que possibilitem prestar cuidados efetivos, habilidades para o manejo das situações em diferentes cenários e atitudes que abarcam a fala, a escuta qualificada, o acolhimento, a relação interpessoal, a empatia, dentre outras competências que permitam o estabelecimento de vínculo, confiança e satisfação por parte daqueles que recebem a assistência. Questiona-se, frente ao cenário apresentado: “Quais as experiências vividas pelo enfermeira na Equipe de Consultório na Rua e a sua interface com os determinantes sociais da saúde e a equidade?”.

OBJETIVO

- Apresentar as experiências vividas por uma enfermeira no exercício de suas funções numa equipe de Consultório na Rua.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta as vivências de uma enfermeira atuante na eCR em um município do Sul do Brasil, no ano 2017. Informa-se que a eCR opera há seis anos em um município com aproximadamente 340 mil pessoas, possui 253 pessoas em situação de rua cadastradas, desde a sua implantação, sendo que 195 (77%) são homens e 58 (23%), mulheres, na faixa etária de 25 a 30 anos, provenientes da própria cidade, em sua maioria.

Compõe-se a equipe multidisciplinar por uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e três agentes comunitários de saúde. Vincula-se a eCR à Estratégia de Saúde da Família, que abrange a área central do município e atua no período diurno, alternando entre manhã e tarde conforme a necessidade dos usuários. Organiza-se a rota do transporte de visita domiciliar reservado pela equipe de ESF pelos profissionais, quando não há transporte disponível especificamente para a eCR, de modo a abranger, de forma sistemática, as diferentes áreas para o atendimento. Compõe-se, além da forte relação com a equipe de Redução de Danos, a rede de apoio da eCR por sete Centros de Apoio Psicossocial II (CAPS II), um CAPS Álcool

e Drogas (CAPS AD), uma Unidade Básica De Atendimento Imediato (UBAI), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Focou-se o estudo, no que tange aos preceitos éticos, na descrição da experiência profissional no contexto em questão. Dispensou-se, assim, por não serem realizadas pesquisas associadas, a necessidade de submissão do projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS

Identificou-se, em certos momentos, na UBS em que a eCR de atuação da enfermeira deste estudo estava implantada, a presença de preconceitos por parte de profissionais saúde devido à aparência da pessoa em situação de rua que, por vezes, se vestia com vestimentas rasgadas e sujas como, também, por parte do próprio usuário, que tinha receio e/ou medo de não ser acolhido na instituição. Vivenciaram-se, em algumas ocasiões, situações em que a pessoa em situação de rua permanecia na frente da UBS e, quando questionada sobre o porquê de não entrar na unidade, respondia que tinha vergonha. Ressalta-se que os encaminhamentos impressos realizados pela eCR aos outros serviços eram avaliados de forma satisfatória pelo usuário, pois facilitavam o acesso. Salienta-se que a pessoa em situação de rua, ao se deparar com uma situação de necessidade de cuidado à saúde, frequentemente buscava a UPA.

Contava-se a eCR, para transpor as barreiras de acesso, com o apoio da assistência social a fim de providenciar os documentos dos usuários que, neste processo, realizava os encaminhamentos necessários para a segunda via da Certidão de Nascimento, confecção de RG, CPF e Carteira de Trabalho. Pactuou-se também, entre a enfermeira atuante na eCR e o responsável pelo setor de confecção do Cartão SUS, que os usuários em situação de rua seriam encaminhados a este serviço com algum documento que os identificasse, porém, sem o comprovante de residência.

Informa-se que a eCR onde a enfermeira deste estudo atuava era responsável por prestar assistência a um território central da cidade. Contava-se, assim, a região com forte comércio, igrejas, escolas, organizações não governamentais (ONGs) e uma associação de moradores que, posteriormente, teve sua sede transformada em uma quadra de futebol. Infere-se, no entanto, que as pessoas em situação de rua não usavam este espaço, pois foram expulsas por traficantes que atuavam

Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC et al.

na região. Acrescenta-se que, no território, ainda havia bairros com a presença de violência associada ao tráfico de drogas e comandada por facções distintas, mas, mesmo diante deste contexto, a eCR não tinha dificuldades em adentrar a região e prestar atendimento à população em situação de rua, por mais que o medo e o receio permeassem o imaginário dos profissionais.

Geram-se, por meio de políticas públicas e programas sociais ineficazes, que acompanham o indivíduo desde o seu nascimento e que repercutem no seu desenvolvimento, injustiças e falta de acesso aos mais variados equipamentos sociais que, ao longo do tempo, geram processos de exclusão cada vez mais intensos. Buscava-se a enfermeira, por este motivo, ao atuar na eCR em questão, transitar por diferentes espaços a fim de conhecer a população atendida e visualizar parceiros no cuidado a essa população. Caracteriza-se o centro POP, instituição também vinculada à prefeitura municipal, por ser um local destinado ao acolhimento de pessoas em situação de rua onde eram oferecidas refeições, confecção de documentos e algumas atividades de lazer/recreação. Destaca-se que, neste espaço, era possível, à enfermeira, estabelecer vínculo com o usuário e atuar de maneira interdisciplinar com os profissionais do centro POP para melhor assistir as necessidades do sujeito.

No que concerne à alimentação, além do centro POP, identificou-se um restaurante popular em que o preço da refeição era de um real. Disponibilizavam-se por alguns restaurantes, após às 14 horas, comidas em marmitas para as pessoas em situação de rua, o que denota envolvimento com as causas sociais. Relata-se que, referente ao lazer, no município de atuação da eCR não havia uma variedade de espaços públicos para este fim e, conseqüentemente, as pessoas em situação de rua acabavam por não ter opção para a recreação. Acrescenta-se ainda que, em relação ao trabalho, era comum a atuação de pessoas em situação de rua na reciclagem de lixo, porém, sem vínculo empregatício.

Vivenciaram-se, durante o cotidiano profissional na comunidade, olhares solidários, em que pessoas pareciam estar deslumbradas com a atividade realizada pela eCR, sendo que muitos conversavam com a equipe curiosos para saber e entender o processo de trabalho. Experimentaram-se, por outro lado, agressões verbais em que indivíduos alegavam que, em vez de o profissional da saúde estar na rua a cuidar “dessa gente”, deveria estar em hospitais. Chama-se a atenção, nesse

Determinantes sociais, equidade e consultório na rua.

processo, que a pessoa em situação de rua, deitada no chão, muitas vezes invisível na sociedade, quando acompanhada de um profissional da saúde, passava a ser notada pelos demais membros da sociedade.

Têm-se, neste panorama, as eCR potencial para produzir meios de romper com os processos de exclusão social destes indivíduos, e cabe aos profissionais da saúde possibilitar o acesso aos serviços de saúde, permitir atendimento à livre demanda, transpor as barreiras existentes e fortalecer a cidadania das pessoas em situação de rua, sensibilizando-as para a participação em movimentos sociais como, por exemplo, nos conselhos locais e municipais da saúde e na busca por melhores condições de vida.

Encontram-se, pela enfermeira, pessoas em situações de rua cujos discursos, por diversas vezes, são permeados por histórias de violência sofrida nos diferentes contextos, durante a situação de rua ou no seio familiar, que acarretaram a busca da rua como um abrigo, além de fome, trabalho precoce, violência cometida, entre outras situações. Relata-se, também, o desejo de sair das ruas e, assim, o profissional da saúde percebe, rotineiramente, como os determinantes sociais condicionam a vida dos indivíduos.

Presencia-se ainda a prostituição nas ruas e, nessa conjuntura, é muito comum a existência de doenças transmissíveis entre essa população, a exemplo do HIV. Centra-se a abordagem da enfermeira, frente a esta realidade, de modo geral, na doença, e, em meio a esta circunstância complexa que se delineia no universo dessas pessoas, a atuação da eCR torna-se um grande desafio que pode ser superado por meio da atuação multidisciplinar.

Verifica-se que a violência e a criminalidade são outros fatores bastante presentes na vida das pessoas em situação de rua que, por vezes, relatam, de forma muito serena, os furtos que cometem, destacando a violência utilizada para tal. Questiona-se o profissional, frente a isto, sobre como alguém pode falar de algo tão imoral de forma tão natural, por vezes, justificado por motivos banais e, ao mesmo tempo, demonstrar carinho por outras pessoas ou seus animais?

Pode-se deduzir, frente ao exposto, que, apesar de conhecerem os conceitos de certo e errado presentes na sociedade, entre os indivíduos desta população, outros valores são priorizados em prol da própria segurança e/ou satisfação, em detrimento da moral aceita pela sociedade da qual foram marginalizados.

Tem-se como outro desafio substancial na atuação da enfermeira na eCR o uso e o abuso de álcool e outras drogas. Ressalta-se que muitos usuários, frente à intervenção da equipe, não apresentam nenhum tipo de sintomatologia de abstinência, referindo-se às drogas como algo ruim e, nestes casos, a droga é, para o usuário em situação de rua, um subterfúgio para aturar as dificuldades daquela realidade, surgindo como um recurso de sobrevivência nas ruas.

Percebeu-se que o cuidado deve ser pautado desde o elementar, ao abranger as necessidades humanas básicas, como higiene corporal e alimentação, oferta à promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo realizados alguns procedimentos de Enfermagem (curativos, oferta de testes rápidos, entre outros) como, também, em habilidades que permitam uma escuta qualificada e, consequentemente, a identificação de demandas que possibilitem um cuidado atento ao bem-estar biopsicossocial.

Torna-se presente, muitas vezes, a frustração na atuação da enfermeira na eCR, sendo o sentimento de impotência frequente frente a pessoas que desejam mudar de situação, mas que, sem políticas de incentivo eficientes e efetivas, não são capazes sozinhas. Destaca-se, neste prisma, a necessidade de implementação de políticas públicas que visem a corrigir as desigualdades geradas pelos determinantes sociais que estiveram presentes na vida destes indivíduos, com vistas à promoção da saúde integral e equânime.

DISCUSSÃO

Marcam-se as vivências da enfermeira em sua atuação na eCR por reflexões acerca da justiça social e de como as políticas públicas se concretizam (ou não) na prática. Constata-se, além disso, que, mesmo dentro dos serviços de saúde, existe o processo de exclusão da pessoa em situação de rua devido aos estigmas criados pelo imaginário social que permeiam as atividades dos profissionais da saúde e que podem impossibilitar um cuidado efetivo, o que evidencia a necessidade de maior qualificação, desde a graduação, para trabalhar neste contexto.⁸

Remete-se, pela atuação na ECR, a questionamentos que produzem angústia a todos os profissionais que compartilham desta proposta de cuidado,⁹ uma vez que a atuação profissional envolve percorrer regiões perigosas, expondo-se a fatores como a luz forte do sol, vento, frio, calor, chuva, sujeira e maus cheiros, para proporcionar atenção

integral equânime à população, sem dispor de espaço físico adequado para os atendimentos.¹⁰

Mostram-se, além disso, outras dificuldades presentes no cotidiano das eCR relativas ao acesso da pessoa em situação de rua aos serviços de saúde: estigmas sociais que acabam por determinar um acolhimento precário; burocratização do acesso devido à necessidade de agendamento das consultas e à inflexibilização dos horários de atendimento, assim como a exigência de documento de identidade, comprovante de endereço e do Cartão SUS e a ausência de uma rede de apoio à adesão a tratamentos e à recuperação.¹¹

Observam-se também a presença de prostituição e o uso de drogas neste contexto. Demonstrou-se, em um estudo realizado com mulheres em situação de rua, que elas têm o desejo de se livrar da dependência química, ter um local para morar e retomar o convívio familiar, porém, esses desejos têm como barreiras os diversos fatores que contribuem para a manutenção nas ruas, a exemplo do tráfico de drogas, que gera um círculo vicioso complexo em que elas, para sobreviverem, recorrem à prostituição. Referiu-se, apesar do sentimento de culpa e nojo do próprio corpo descrito como algo recorrente, que essa prática foi a forma encontrada para sobreviver.¹² Torna-se o indivíduo ainda mais vulnerável por ser morador de rua e prostituir-se, uma vez que, para alguns grupos sociais, a prostituição é vista como um problema que deve ser resolvido por meio da repressão.¹³

Dá-se o significado do uso e abuso de drogas de forma singular para cada um, às vezes, como forma de preenchimento das necessidades básicas de cunho emocional e, por vezes, uma solução química para suavizar a insanidade social que age na exclusão dessa população.¹⁴

Demonstrou-se, em um estudo realizado com usuários do consultório na rua, que estas pessoas identificam o acolhimento e o vínculo como potencialidades do serviço em virtude de os profissionais prestarem assistência de forma singular. Averiguou-se como outra potencialidade o cuidado realizado no local onde a pessoa se encontra, com ações que vão além das questões de saúde-doença, buscando suprir as diversas necessidades demandadas pelas pessoas atendidas, com ações intersetoriais quando necessárias. Apontaram-se, quanto aos desafios, questões relacionadas à estrutura organizacional do Consultório na Rua e à articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente devido às dificuldades de acesso quando o usuário não

Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC et al.

está acompanhado de um membro da eCR.¹⁵ Nota-se a necessidade de capacitar todos os profissionais de saúde, nos diferentes pontos da RAS, para a assistência às pessoas em situação de rua.

Percebe-se, ao refletir sobre estes determinantes sociais da saúde, a importância de ir além do cuidado centrado em aspectos biológicos. Presencia-se, apesar de a Constituição Federal brasileira assegurar os direitos sociais, como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer e segurança, na realidade, o acesso restrito e até mesmo inexistente a estes direitos. Explica-se que ao não haver acesso ao trabalho, por exemplo, no cenário capitalista, a pessoa consequentemente não tem dinheiro, não consome, passa a ser colocada à margem da sociedade e acaba por perder sua condição de cidadã. Pode-se refletir, assim, que uma pessoa em situação de rua passa a ser “invisível” ao restante da sociedade e sofrer uma série de preconceitos. Torna-se, no imaginário social, uma pessoa suja, usuária de drogas, que comete crimes e atos violentos a fim de poder comer e sustentar seu vício (termo também estigmatizante e comumente utilizado pela população).¹⁵

Identificou-se, em um estudo bibliométrico que buscou descrever as relações entre os determinantes sociais e as condições de saúde, que as variáveis comumente consideradas nos artigos analisados envolviam renda, escolaridade e condições de saneamento básico, indicando a dificuldade na distinção entre determinantes de saúde de indivíduos e populações.¹⁶ Torna-se substancial, apesar do nível de educação de uma população guardar relação direta com o estado de saúde dos indivíduos, a análise dos fatores que afetam individualmente os cidadãos para dar subsídios a políticas de saúde para a promoção da equidade.^{17;18} Configura-se, nesse sentido, a iniciativa do Consultório na Rua, como componente da Atenção Primária à Saúde (APS), como importante marco na implementação de políticas para a promoção da equidade.

Têm-se a observação em campo, a coleta de informações e a discussão em grupo significância para oferecer um cuidado integral e humanizado, em que o sentido de pertencimento que emana do fenômeno de grupo é claramente destacado por meio de uma prática que entende que cada profissional tem um olhar diferenciado e saberes plurais.¹⁹ Sabe-se que a discriminação (intencional ou não) é prejudicial à promoção da equidade em saúde,²⁰ no entanto, percebe-se o quanto ainda há de desejo na sociedade

Determinantes sociais, equidade e consultório na rua.

em segregar, esconder e isolar essas pessoas do restante da sociedade e, apesar de haver um movimento de políticas públicas na direção de respaldar esse grupo, ele ainda vive, por parte da sociedade, uma discriminação declarada. Acrescenta-se, além disso, que muitos profissionais de saúde, que atuam sem estar preparados, podem apresentar alguns tipos de comportamentos discriminatórios.⁸

Investiga-se, segundo a literatura, que estas populações podem apresentar comportamento arredo e barreiras na comunicação²¹ e, diante dessas reflexões, cabe salientar que o conceito de moral compreende as regras convencionadas em uma dada sociedade.²²

Direcionam-se, pela equidade, esforços para a eliminação das desigualdades em saúde.²⁰ Nos Estados Unidos, por exemplo, apesar de ser um país desenvolvido, existem mais de 600 mil pessoas em situação de rua, sendo que 8% da população, em algum momento, já vivenciou a experiência de morar na rua. Sabe-se que o governo tem dedicado recursos substanciais para auxiliar essa parcela populacional e, de fato, as políticas destinadas a beneficiar os desabrigados são substancialmente mais populares do que as políticas projetadas para beneficiar outros grupos sociais vulneráveis. Adotam-se, porém, em algumas cidades e Estados do país, cada vez mais políticas que são contrárias ao auxílio de moradores de rua e, dentre essas políticas, estão a proibição de dormir em público, vagar pela cidade, deitar-se em locais públicos, residir em veículos ou mendigar ajuda. Verifica-se, inclusive, em alguns locais, que a alimentação em via pública está proibida, e essa postura prejudica ainda mais os moradores de rua, tornando-os cada vez mais marginalizados.¹⁷

Configura-se a equidade, no contexto do SUS, como um dos seus principais pilares e princípio reorientador do sistema¹⁶, que motiva esforços para a redução de fatores condicionantes e determinantes em saúde entre grupos. Entende-se que diferenças, como raça/etnia/cor da pele, religião, orientação sexual, identidade de gênero, posição socioeconômica, educação, condições de saúde estigmatizadas e situações de marginalização na sociedade, além de influenciarem na situação de vida e saúde, potencializam outros fatores que determinam a saúde de indivíduos ou grupos. Acabam-se demandando, por estes distanciamentos, maiores esforços daqueles que se encontram em contextos mais desfavoráveis para que

atinjam o mesmo nível de saúde daqueles em condições adequadas.²⁰

Interpreta-se que, nessa trajetória em busca da equidade em saúde, a compreensão destes esforços necessários deve ir além da iniciativa do indivíduo, sendo necessária a intervenção do Estado na tentativa de equalizar estes distanciamentos, uma vez que as iniquidades em saúde são potencializadas pela alocação dos recursos financeiros, o que justifica a consideração destes fatores na formulação de políticas públicas.²⁰

CONCLUSÃO

Apresentou-se, neste estudo, um relato de experiência vivido por uma enfermeira atuante em eCR e a sua interface com os determinantes sociais da saúde e a equidade. Submergiram-se a reflexão sobre a situação brasileira atual e a atuação da enfermeira frente a essa realidade.

Revela-se que os estigmas se apresentaram evidentes na sociedade, mesmo entre os próprios profissionais das equipes de saúde que atuam no cuidado/assistência à população em situação de rua. Demonstrem-se, pelos profissionais e instituições, fragilidades ao lidar com este público. Deve-se completar pela assistência, na forma de Consultório de Rua, o idealizado pelas políticas públicas efetivando-as por meio de práticas embasadas no conhecimento técnico e científico que facilitem o acesso do usuário a RAS, como, também, por habilidades como empatia e boa comunicação, a fim de possibilitar maior vínculo entre a equipe profissional e o usuário e, assim, prover um cuidado que contemple o bem-estar biopsicossocial das pessoas que vivem em situação de rua. Espera-se que o cuidado pautado no princípio da equidade contribua para o exercício da cidadania desta população.

Entende-se que as lacunas nas políticas públicas brasileiras relativas às populações em situação de rua são capazes de gerar injustiças por si mesmas ao criar um ciclo vicioso de iniquidade. Devem-se estabelecer ações e metas para transpor as barreiras pelas equipes, como as dificuldades de acesso e de integração entre os dispositivos da RAS, que prejudicam a assistência à saúde e social das pessoas em situação de rua, a partir de um trabalho sólido e contínuo de fortalecimento da cidadania desses sujeitos como, também, de educação permanente em saúde com profissionais que atuam desde a gestão, até a assistência direta ao usuário. Mostram-se os Consultórios de Rua como um equipamento desafiador e com potencial transformador para a realidade brasileira.

Ressalta-se, por fim, que são necessários mais investimentos em políticas, legislações e protocolos de atendimento às pessoas em situação de rua como, também, o fomento de estudos que venham a subsidiar e a embasar cuidados assertivos a essa população. Espera-se que este estudo contribua para a sensibilização de profissionais da saúde para a temática tanto no que tange às reflexões de sua prática no cotidiano do cuidado, quanto para instigar a desenvolver estudos com outras metodologias de pesquisa, qualitativas e quantitativas.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira R, Sampaio SS, Souza AJM. População de rua e direito à moradia: uma análise a partir do Programa Minha Casa Minha Vida. Sociedade em debate [Internet]. 2017 Dec [cited 2017 Nov 26];23(1):180-200. Available from: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1508/1012>
2. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Dec 04]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
4. Romaszko J, Kuchta R, Opalach C, Bertrand-Bucińska A, Romaszko AM, Giergielewicz-Januszko B, et al. Socioeconomic characteristics, health risk factors and alcohol consumption among the homeless in north-eastern part of Poland. Cent Eur J Public Health. 2017 Mar; 25(1):29-34. Doi: [10.21101/cejph.a4464](https://doi.org/10.21101/cejph.a4464)
5. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. Rev Esc Enferm USP. 2015 Nov;49(1):127-33. Doi:

Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC et al.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>

8. Souza VCA, Pereira AR, Gontijo DT. The experience in the service of Street Clinic in the view of professionals: Contributions to the care for. Cad Ter Ocup UFSCar. 2014 May;22(1SE):37-47. Doi: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.028>

9. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. Interface comun saúde educ. 2014 Apr;18(49):251-60. Doi: [10.1590/1807-57622013.0738](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738)

10. Marques EM, Passos MN. Identify of factors that interfere in the nurses practices of office on the street teams in the primary care. RPBECs [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Nov 26];3(2):52-61. Available from: <http://icesp.br/revistas-eletronicas/index.php/RBPeCS/article/view/124/92>

11. Hallais JAS, Barros NF. Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. Cad Saúde Pública. 2015 July;31(7):1497-504. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>.

12. Biscotto PR, Jesus MCPD, Silva MHD, Oliveira DMD, Merighi MAB. Understanding of the life experience of homeless women. Rev Esc Enferm USP. 2016 Sept/Oct;50(5):749-55. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600006>

13. Afonso ML, Scopinho RA. A prostituta e o outro: reflexões sobre a noção de alteridade nos discursos e práticas institucionais. REU [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Nov 26];40(2):323-39. Available from: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/2135/1869>

14. Tondin MC, Barros Neta MA, Passos LA. Street Cabinet: away of intervention to drug

Determinantes sociais, equidade e consultório na rua.

use with homeless people. R Educ Publ. 2013 May/Aug;22(49/2):485-501. Available from: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929/730>

15. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. A street clinic in a state capital in Northeast Brazil from the perspective of homeless people. Cad Saúde Pública. 2016 Aug; 32(8):1-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00070515>

16. Miranda SS, Santos LPS, Araújo TM, Passos-Soares JS, Cruz SS, Gomes-Filho IS. Scientific production concerning social determinants and health conditions: a bibliometric study. Rev Ciênc Méd Biol [Internet]. 2016 May/Aug [cited 2017 Nov 26];15(2):208-13. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/14922/12747>.

17. Clifford S, Piston S. Explaining Public Support for Counterproductive Homelessness Policy: The Role of Disgust. Polit Behav. 2017 Oct;39(2):503-25. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11109-016-9366-4>

18. Cordozinho MM, Oliveira AAS. Health equity as an ethical landmark in bioethics. Saúde Soc. 2016 Apr/June;25(2):431-41. Doi: [10.1590/S0104-12902016153764](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153764)

19. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Health practices by teams from Street Outreach Offices. Cad Saúde Pública. 2014 Apr;30(4):805-14. Doi: [10.1590/0102-311X00100513](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513)

20. Braveman P. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it?. Matern Child Health J. 2014 Feb;18(2):366-72. Doi: [10.1007/s10995-013-1226-9](http://dx.doi.org/10.1007/s10995-013-1226-9)

21. Farias DCS, Rodrigues ILA, Marinho IC, Nogueira LMV. Knowledge about health among people living on streets. Psicol saber soc. 2014 June;3(1):70-82. Doi: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2014.10064>

22. La Taille Y. Moral e ética no mundo contemporâneo. Rev USP. 2016;(110):29-42. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i110p29-42>

Submissão: 10/04/2018

Aceito: 20/11/2018

Publicado: 01/12/2018

Correspondência

Vivian Costa Fermo
Rua Tertuliano Brito Xavier, 688
Bairro Canasvieiras.
CEP: 88054-610 – Florianópolis (SC), Brasil