

ARTIGO

# *Estratégia de Saúde da Família Especial ou Consultório na Rua? Análise documental das normativas federais e do município de São Paulo sobre o Consultório na Rua*

**Special Family Health Strategy or Street Clinic? Documentary analysis of the federal regulations and the city of São Paulo on the Street Clinic**

Gabriel Franzese Pereira<sup>I</sup>, Maria Izabel Sanches Costa<sup>II</sup>

## Resumo

Este artigo objetiva analisar as normativas federais e do município de São Paulo que orientam a implementação da política do Consultório na Rua (CnaR), de modo a evidenciar o processo de constituição desta política pública e suas possíveis implicações no formato em que vem sendo implementada em São Paulo. O CnaR visa ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde, ofertando cuidado integral para esse grupo populacional. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa desenvolvido por meio de análise documental das normativas federais e do município de São Paulo. O CnaR de São Paulo possui algumas características: sua composição ampliada de equipe e categorias profissionais, modelo de cuidado baseado na ESF e equipe específica para o cuidado relacionado ao uso problemático de álcool e outras drogas. As duas primeiras características podem estar relacionadas ao fato de que, historicamente, a política de saúde da PNR em São Paulo nasceu inspirada e vinculada à ESF. A terceira pode ser explicada devido a intersecção do CnaR de São Paulo com a Política Municipal de Álcool e Drogas.

**Palavras-chave:** População em situação de rua, consultório na rua, análise documental, cuidado em saúde

## Abstract

This article aims to analyze the federal and municipal regulations in São Paulo that guide the implementation of the Street Clinic (CnaR) policy, in order to shed light on the process of establishing this public policy and its potential implications in the way it is being implemented in São Paulo. The Street Clinic (CnaR) aims to enhance access to healthcare services for the homeless population, providing comprehensive care for this group. It is a descriptive study with a qualitative approach, conducted through document analysis of federal and municipal regulations in São Paulo. The São Paulo CnaR presents some distinctive features: its expanded team composition and professional categories, a care model based on the Family Health Strategy (ESF), and a specific team for care related to problematic alcohol and drug use. The first two characteristics may be related to the historical connection of São Paulo's homeless health policy with the ESF. The third characteristic could be explained by the intersection of São Paulo's CnaR with the Municipal Alcohol and Drug Policy.

**Keywords:** Homeless, street clinic, documentary analysis, and healthcare

<sup>I</sup> Gabriel Franzese Pereira (8gabrielpereira8@gmail) é médico do Consultório na Rua no município de São Paulo e mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

<sup>II</sup> Maria Izabel Sanches Costa (izabel.costa@isaude.sp.gov.br) é cientista social com mestrado em Ciências Sociais (PUC-SP), doutorado em Saúde Pública (FSP-USP) e pós-doutorado em Administração Pública e Governo (FGV-EAESP).

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a ser equânime<sup>1</sup>. Para ser equânime, necessita cuidar com equidade. Promover a equidade é combater a desigualdade social. A desigualdade social é fator importante no processo de saúde e doença das populações. As populações habitam territórios. Os territórios são vivos<sup>2</sup>. Parte da vida dos territórios vivos é de pessoas em situação de rua. As pessoas em situação de rua usam as ruas como local de vivência e convivência. Mais precisamente, ocupam as calçadas. Ocupam também os centros de acolhimento. Ocupam outros logradouros públicos para viver, conviver, comer, dormir, ter relações sexuais; ser objeto-subjetivado, sujeito-objetificado: produzir e reproduzir a vida nos territórios, em família, enquanto sujeitos em comunidade. Cada qual com sua história, auto identificação, trajetória, itinerário. Rua.

O Estado brasileiro é, juridicamente, um Estado de Direito. A saúde é um direito assegurado pela constituição federal brasileira<sup>1</sup>. A constituição também garante não discriminar. O Estado brasileiro reconheceu as pessoas em situação de rua. Reconheceu o direito à saúde para população em situação de rua<sup>3</sup>. Compreendeu que, para cuidar de pessoas em situação de rua, é necessário ouvi-las, reconhecê-las, defini-las e criar políticas públicas específicas, promovendo a equidade. Assim o Consultório na Rua foi criado.

Quando o Consultório na Rua (CnaR) nasceu no Brasil, em São Paulo ele já tinha nove anos<sup>4</sup> e havia sido chamado de diversos nomes: Programa Agente Comunitário de Saúde para população em Situação de Rua, Estratégia de Saúde da Família Especial para população em situação de rua, dentre outros<sup>5-7</sup>. São Paulo, capital, tem hoje 36<sup>8</sup> das 212 equipes de Consultório na Rua credenciadas no país, o que corresponde a cerca de 15% dos CnaR do Brasil.

Este artigo objetiva analisar as normativas federais e do município de São Paulo que orientam a implementação da política do CnaR, de modo a evidenciar o processo de constituição desta política pública e suas possíveis implicações no formato em que vem sendo implementada em São Paulo.

## Metodologia

O presente trabalho é um estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa<sup>9</sup>. Como método de pesquisa, utilizou-se a análise documental das normativas federais e do município de São Paulo.

Os documentos analisados foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: 1. Normativas federais que orientam a construção da política de Consultório na Rua; 2. Normativas do município de São Paulo que orientam a implementação da política de Consultório na Rua.

No que se refere às normativas do governo federal, primeiramente, partiu-se da Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011<sup>10</sup>, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de CnaR. As normativas seguintes foram selecionadas a partir das referências encontradas na Portaria nº 122; também foram selecionadas normativas que atualizam ou substituem as legislações referenciadas na Portaria nº 122. Ao final, foram selecionadas dez normativas federais.

O mesmo método foi realizado para as normativas municipais. Nesse caso, partiu-se, primeiramente, do documento “Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua - Documento Norteador de 2023”<sup>7</sup> e de outros documentos contemporâneos, assim como suas referências. Ao final, foram selecionadas sete normativas municipais.

A análise dos dados foi realizada com base nos pressupostos da análise temática (categorial), proposto por Bardin<sup>11</sup>. Assim, os dados foram sistematizados da seguinte forma: 1) pré-leitura dos documentos, visando ter uma visão global destes; 2) leitura seletiva, em que se buscou identificar as informações pertinentes ao objetivo do estudo, sendo destacados os trechos acerca da implementação das equipes CnaR; 3) categorização dos trechos identificados, que foram agrupados e classificados por semelhança (Atenção Primária a Saúde - APS, Agente Comunitário de Saúde - ACS e saúde mental), a partir da leitura seletiva e, por fim, 4) análise descritiva e reflexiva dos dados.

A tabela a seguir apresenta os documentos selecionados.

**Tabela 1 – Lista das normativas analisadas**

| Âmbito federativo | Ano  | Referência da normativa  | Objetivo da normativa / Dispõe sobre  |
|-------------------|------|--|---|
| Federal           | 2005 | PORTARIA Nº 1.028; Ministério da Saúde <sup>12</sup>   | Regulação da Redução de Danos.  |
| Federal           | 2009 | DECRETO Nº 7.053; Presidência da República; Política Nacional para PSR - PNPSR <sup>3</sup>  | Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento.                                 |
| Federal           | 2011 | Portaria 122 do Ministério da Saúde - Portaria CnaR <sup>10</sup>  | Institui o consultório na rua.  |
| Federal           | 2011 | PORTARIA Nº 3.088 do Ministério da Saúde - Portaria RAPS <sup>13</sup>   | Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).   |
| Federal           | 2011 | Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011; Ministério da Saúde <sup>14</sup>   | Diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica.   |
| Federal           | 2012 | Nota Técnica Conjunta Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAPES/SAS/MS) e o Departamento de Atenção Básica (SAS/MS) (CnaR x CdR) <sup>15</sup> | Esclarece acerca da Política do CnaR, de Atenção Básica, em substituição ao Consultório de Rua que existia no âmbito da Saúde Mental.                           |
| Municipal         | 2016 | Documento Norteador dos Consultórios na Rua; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo <sup>6</sup>   | Define diretrizes e processo de trabalho das equipes de CnaR no município de São Paulo.   |
| Federal           | 2017 | PORTARIA Nº 2.436 - PNAB 2017; Ministério da Saúde <sup>16</sup>   | Atualiza Diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica.  |
| Federal           | 2017 | PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2; Ministério da Saúde <sup>17</sup>   | Consolida políticas no âmbito do SUS incluindo o CnaR em seu Anexo XVI e PNAB no Anexo XXII.  |
| Municipal         | 2019 | LEI Nº 17.089 - Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas. Prefeitura de São Paulo <sup>18</sup>   | Institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, no Município de São Paulo.  |
| Municipal         | 2019 | DECRETO Nº 58.760 - Regulamenta a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas <sup>19</sup>  | Institui o Redenção na Rua e o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica.   |
| Municipal         | 2019 | LEI Nº 17.252 - Política Municipal PSR <sup>20</sup>   | Consolida a Política Municipal para a PSR, institui o Comitê Intersectorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua e dá outras providências. |
| Federal           | 2020 | PORTARIA Nº 397; Ministério da Saúde <sup>21</sup>   | Altera a PNAB.  |
| Federal           | 2021 | PORTARIA Nº 1.255; Ministério da Saúde <sup>22</sup>   | Dispõe sobre diretrizes de organização e funcionamento das equipes de CNR e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de CNR por município.           |
| Municipal         | 2023 | DECRETO Nº 62.149; Institui o programa Reencontro <sup>23</sup>  | Cria o Programa Reencontro e regulamenta a Política Municipal para a População em Situação de Rua.  |
| Municipal         | 2023 | Portaria Conjunta SGM/SMADS/SMS/SMDHC nº 4 <sup>24</sup>   | Dispõe sobre a atuação dos serviços para população em situação de rua nos logradouros públicos, com ênfase no SEAS, CnaR e na rede de Atenção Básica à saúde.   |
| Municipal         | 2023 | Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Rua - Documento Norteador <sup>7</sup>   | Estabelece diretrizes para a Atenção Integral à PSR no âmbito do SUS de São Paulo.  |

## Resultados

### Normativas Federais

O CnaR é uma política pública federal instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria 122 de 2011 (Portaria CnaR)<sup>10</sup>. Essa normativa estabelece as equipes de CnaR, suas modalidades, financiamento e atribuições. As equipes são multiprofissionais e atuam de forma itinerante no território, sendo componentes da Atenção Básica (AB) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de cuidado da rede. A Portaria CnaR permite que os municípios credenciem equipes de CnaR em três modalidades: Modalidade I - composta por quatro profissionais, incluindo dois de nível superior e dois de nível médio, excluindo o médico; Modalidade II - composta por seis profissionais, com três de nível superior e três de nível médio, excluindo o médico; Modalidade III - uma equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

As equipes podem incluir profissionais como enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode ser agregado à equipe, mas não é considerado parte essencial<sup>10</sup>.

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) de 2011<sup>14</sup> e 2017<sup>16</sup> definem o CnaR como responsável por "articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua", uma definição mantida na portaria modificadora da PNAB de 2020<sup>21</sup>. Uma das políticas estabelecidas mais relevantes para a elaboração da Portaria CnaR foi a "Política Nacional para a População em Situação de Rua - PNPSR", Decreto 7.053 de 2009<sup>3</sup>, que reconhece a existência, relevância, especificidades, dignidade e direitos a serem efetivados à PSR. Ao reconhecer, define e decreta que a PSR no Brasil é:

*"(...) 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."*<sup>4</sup>

A política em questão destaca como princípios fundamentais a "Igualdade e Equidade", acompanhados por outros cinco princípios: respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência<sup>3</sup>.

Na Portaria CnaR, o serviço é incluído como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>10</sup>. O adoecimento mental e o uso problemático de substâncias psicoativas são considerados situações de saúde importantes no cuidado à população em situação de rua. Para o uso problemático de substâncias, a perspectiva de cuidado estabelecida para as equipes de CnaR é a da Redução de Danos<sup>10</sup>, uma abordagem desenvolvida pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Redução de Danos, instituída pela Lei nº 1028 de 2005<sup>12</sup>. Essa regulamentação enfatiza a necessidade de um cuidado individualizado para essa população. "Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento"<sup>12</sup>.

A RAPS, instituída pela Portaria 3.088 de 2011, inclui a PSR no contexto do CnaR, estabelecendo que este serviço deve oferecer cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua, pessoas com transtornos mentais, e usuários de crack, álcool e outras drogas. Isso inclui ações de redução de danos em parceria com outras unidades da rede de saúde, como UBS, CAPS e Prontos-Socorros. O CnaR é um dos três dispositivos de AB na RAPS, juntamente com a UBS e os Centros de Convivência<sup>13</sup>.

A Nota Técnica Conjunta/2012 da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAPES/SAS/MS) e do Departamento de Atenção Básica (SAS/MS) esclarece que o CnaR é um dispositivo de AB vinculado a essa política e departamento, substituindo a proposta anterior do "Consultório de Rua", que era associado à coordenação nacional de saúde mental<sup>15</sup>.

### Normativas Municipais

Segundo o Documento Norteador dos CnaR, de 2016<sup>6</sup>, a política pública de saúde para a PSR no município de São Paulo antecede a Portaria CnaR. Em 2003, foi iniciado um projeto piloto no formato de Programa de Saúde da Família (PSF), com a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) preferencialmente com trajetória de rua, que atuavam junto a um enfermeiro no cuidado territorializado da PSR. Em 2004, o programa foi expandido e reorganizado sob o nome de "Programa Agente na Rua", enfatizando o papel dos ACS no cuidado. Na época, havia 11 ACS e um enfermeiro trabalhando sob a lógica do Programa de Agente Comunitário (PACS)<sup>5</sup>.

Em 2008, o programa foi renomeado e reestruturado como Estratégia de Saúde da Família especial para PSR, com 27 equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS. Entre 2012 e 2014, essas equipes se consolidaram em 18 equipes de CnaR, cada uma com pelo menos seis ACS.

O Documento Norteador dos CnaR de 2016 define processos de trabalho como acolhimento, articulação do cuidado e matriciamentos, além de atribuições gerais para as equipes e para cada categoria profissional. O documento orienta que as equipes devem operar de forma

móvel nos locais frequentados pela PSR, compreendendo as vulnerabilidades, riscos e potencialidades do território. Isso inclui a interpretação dos significados atribuídos a cada território, as dinâmicas sociais que podem afetar o acesso da equipe, os atores locais e seus papéis sociais, e os recursos disponíveis que podem ser mobilizados para apoiar as ações da equipe<sup>6</sup>. Em 2019, o município promulga a Política Municipal para População em Situação de Rua<sup>20</sup> integrando o CnaR como parte do cuidado da APS. Essa política estabelece que as "UBS desenvolverão ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde da população em situação de rua." O CnaR é descrito como uma estratégia para ampliar o acesso e o cuidado contínuo, articulando-se com diferentes equipamentos da rede e com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para cuidados em saúde mental. Quatro anos depois, a PMPSR foi regulamentada pelo Decreto 62.149 de 2023<sup>23</sup>, que também criou o Programa Reencontro, visando uma abordagem intersetorial focada na viabilização do reencontro familiar. No âmbito da saúde, o decreto especifica que pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas devem ser atendidas conforme a Política Municipal de Álcool e Drogas, com foco no Programa Redenção.

A Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas (PMAD)<sup>18</sup> e seu decreto regulador de 2019<sup>19</sup> estabeleceram o combate ao uso de substâncias psicoativas por meio do programa "Redenção" e suas equipes de "Redenção na Rua" – Saúde, além do Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica (SIAT). Essas normativas orientam o cuidado intersetorial, incluindo segurança pública, para a população em situação de rua com uso problemático de substâncias psicoativas, onde as equipes de CnaR podem atuar como componentes na abordagem e encaminhamento para o SIAT, junto com o Redenção na Rua.

A Portaria Conjunta 4 de 2023<sup>24</sup> estabeleceu diretrizes para o trabalho territorial e compartilhado entre saúde, assistência social e direitos humanos, definindo a territorialização dos serviços de cuidado para a PSR. Especificamente, no centro de São Paulo (STS-Sé), as equipes de "Redenção na Rua" são responsáveis pelo

cuidado em "cenas de uso", enquanto as equipes de CnaR atuam fora desses locais. "Cenas de uso aberto" são definidas pela PMAD como agrupamentos de usuários de substâncias psicoativas em espaços públicos. Assim, o cuidado em saúde para a PSR no centro de São Paulo é dividido entre equipes de APS e PMAD.

A PMAD define "cenas de uso aberto" como grupos de usuários, sejam abusivos ou não, que usam espaços públicos para consumir substâncias psicoativas ilegais de forma contínua. O cuidado em saúde para a população em situação de rua (PSR) no centro de São Paulo é dividido entre equipes da AB e da PMAD.

Em 2023, o documento norteador para a Atenção Integral à Saúde da PSR<sup>7</sup> foi atualizado. O objetivo é alinhar as ações de saúde na AB, proporcionando uma atenção integral e resolutiva à saúde da PSR, com foco no acesso às Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>7</sup> e na oferta de atenção integral, itinerante, com formação de vínculos. A normativa reafirma os preceitos das PNAB de 2011 e 2017<sup>14,16</sup>, destacando a responsabilidade dos atores da AB no cuidado contínuo e na longitudinalidade.

O cuidado na AB para a PSR é colaborativo, centrado na pessoa, e visa integrar saberes e coordenação, construindo projetos de cuidado que contemplem a complexidade das necessidades de saúde dessa população. O papel dos **ACS** é fundamental para abordar e reconhecer essas pessoas no território<sup>7</sup>.

Atualmente, São Paulo conta com 36 equipes de CnaR<sup>8</sup> credenciadas na modalidade III, compostas por: dois enfermeiros, um médico, um psicólogo, um assistente social, um assistente técnico-administrativo, quatro auxiliares de enfermagem, quatro agentes sociais, um motorista e, conforme a necessidade do território, de seis a oito agentes de saúde<sup>5</sup>. Cada equipe é composta por 21 a 23 trabalhadores. Das 36 equipes, 30 são de CnaR e seis são do programa Redenção na Rua. Em 2021, a cidade tinha a capacidade de credenciar até 65 equipes de CnaR junto ao Ministério da Saúde.

## Discussão

A análise das normativas demonstra que a política do CnaR surge com o intuito de efetivar a

garantia constitucional de que a "saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício"<sup>1</sup>. Isto é, efetivar o cuidado em saúde da PSR, que era apartada dos serviços de saúde. Tendo em vista a especificidade da vulnerabilidade desse grupo, a política também tem como objetivo garantir a equidade, que é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

Os dados demonstram duas características principais: que se trata de uma política pública incremental<sup>26</sup> e intersetorial. A primeira é evidenciada ao analisarmos a historicidade da política, principalmente no âmbito municipal. No município de São Paulo, nestes vinte e um anos, a política foi sendo lapidada, ampliando seu escopo de entendimento e formas de atendimento das demandas de saúde dessa população, ampliando os profissionais e saberes necessários para um melhor atendimento e qualificando os processos de trabalho da equipe. No que se refere à intersetorialidade, esse quesito fica evidente nas intersecções com as diversas políticas da saúde, da assistência social e direitos humanos. Além disso, o CnaR tem o papel central na ampliação do acesso à atenção integral à saúde das PSR a partir da articulação com a RAS, a RAPS e outros níveis de atenção à saúde<sup>27</sup>.

No contexto de São Paulo, três aspectos se destacam na implementação do CnaR: a composição de equipe do CnaR, o processo de trabalho centrado no modelo de atenção da ESF, e o modelo de cuidado praticado sob o preceito da AB ou da PMAD.

## Composição de equipe do Consultório na Rua de São Paulo

Ao aderirem a uma política com indução federal, os municípios têm autonomia para adaptá-la às suas realidades locais, desde que não firam os requisitos determinados pela normativa federal. Esse é o caso da CnaR. Embora as equipes do CnaR em São Paulo estejam oficialmente credenciadas na modalidade III conforme a Portaria CnaR, a pesquisa evidenciou que o município expandiu o número de profissionais e as categorias além do estipulado pela normativa federal.

**Tabela 2 – Composição da equipe CnaR - Modalidade III**

| Legislação        | Médico    | Profissionais de nível superior (a)   | Profissionais de nível médio (b)   | Agente Comunitário de Saúde + Outros profissionais                             | Total de profissionais |
|-------------------|-----------|---|--|--|------------------------|
| Normativa federal | Um médico | Três dentre as seguintes categorias: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional. | Três dentre as seguintes categorias: agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; técnico em saúde bucal e profissional/ professor de educação física | Podem ser agregados, porém sem especificação ou obrigatoriedade                | Sete                   |
| Município de SP   | Um médico | Dois enfermeiros, um assistente social e um psicólogo   | Quatro agentes sociais   | Seis a oito ACS por equipe; um motorista; um assistente técnico administrativo | Entre 21 e 23          |

A tabela apresentada indica que, além de assegurar a presença de um médico, as equipes do **CnaR** em São Paulo incluem todos os profissionais de nível superior, com exceção do terapeuta ocupacional. Destaca-se o número elevado de auxiliares de enfermagem e quatro agentes sociais. Também é relevante a inclusão de um motorista e de um assistente técnico-administrativo, funções não previstas originalmente.

Outro ponto significativo é a presença expressiva de ACS. Embora a Portaria CnaR permita a inclusão desses profissionais, ela não exige sua presença, deixando essa decisão aos implementadores. No caso de São Paulo, os ACS formam a categoria com o maior número de profissionais por equipe.

Sugere-se que essa configuração das equipes esteja relacionada ao histórico anterior da política de saúde para a População em Situação de Rua (PSR) no município. De acordo com Lamarca<sup>5</sup>, em 2008, o município possuía um serviço semelhante ao CnaR, denominado Estratégia de Saúde da Família Especial, composto por "médico, psicólogo, assistente social, enfermeiros, agentes técnicos administrativos (atas), auxiliares de enfermagem e um veículo para cada região, em apoio às equipes". Essa estrutura é muito

semelhante à atual, indicando que, após a implementação da normativa federal, o município adaptou sua política, alterou o nome, mas manteve a essência do serviço pré-existente.

### **O modelo de atenção ESF**

Conforme já mencionado, o município de São Paulo já oferecia um serviço semelhante ao CnaR nove anos antes da promulgação da Portaria CnaR. Esse serviço anterior, baseado no modelo de APS da ESF, moldou a implementação do CnaR e sua principal característica: um cuidado à PSR fundamentado na ESF.

A adoção desse modelo levou à exigência nas normativas paulistas de que todas as equipes incluam seis ACS, preferencialmente oriundos da situação de rua. Isso reflete o princípio da ESF, onde o ACS desempenha um papel crucial na mobilização social, mediação dos determinantes sociais da saúde e participação em ações estratégicas para problemas de saúde populacionais no território<sup>29</sup>.

A implementação de um modelo de cuidado que reconhece os ACS como promotores de saúde é fundamental para gerar confiança mútua e fortalecer

a coordenação e longitudinalidade do cuidado<sup>30</sup>. As normativas paulistas detalham a centralidade do modelo de ESF, especialmente na concepção e uso do território. Considerar o território como um espaço vivo de permanência e itinerância das pessoas em situação de rua permite que as equipes planejem suas ações de forma abrangente, integrando aspectos médicos, pessoais, sociais e ambientais<sup>7</sup>.

Os profissionais de saúde são desafiados a abandonar abordagens técnicas pré-definidas e a criar estratégias personalizadas para cada indivíduo ou comunidade. O Projeto de Saúde do Território (PST), estabelecido no documento norteador de 2023, ilustra essa abordagem territorial<sup>7</sup>. Assim, as equipes de CnaR em São Paulo realizam o cadastro das pessoas em situação de rua, mapeiam seus territórios, fazem acompanhamento longitudinal, coordenam o cuidado e são avaliadas por metas de produtividade de atendimento, similar às equipes de ESF do município.

As equipes de CnaR são submetidas a metas análogas às da ESF, porém, com adaptações quantitativas. Por exemplo, é cobrada a realização de um número superior a 400 consultas médicas por mês para as ESF, enquanto para o CnaR essa mesma meta é de 250 atendimentos mensais, bimestral e trimestralmente são realizadas Comissões de Acompanhamento de Contratos (CONAC) regidas pela Portaria SMS 974 de 2019.

Embora o foco não seja discutir a produtividade na saúde, é importante notar que essa pode ser uma barreira para o acesso à cidadania da PSR<sup>31</sup>.

Um aspecto crucial dos CnaR é a coordenação do cuidado, um atributo herdado da ESF. Em São Paulo e em outras cidades como Rio de Janeiro, o CnaR atua como coordenador do cuidado na RAS<sup>31-34</sup>. Os documentos norteadores de 2016 e 2023 e a Portaria Conjunta nº 4 de 2023<sup>6,7,24</sup> definem o CnaR como responsável pela coordenação do cuidado, desempenhando um papel central na comunicação entre diversos pontos de atenção à saúde, com uma abordagem horizontal, contínua e integrada para a gestão compartilhada da atenção integral<sup>17</sup>.

Pesquisas confirmam que o CnaR de São Paulo efetivamente coordena o cuidado<sup>5,28,35</sup>, realizando acompanhamento longitudinal dos assistidos tanto nos

territórios quanto nos pontos de cuidado da RAS. A equipe de CnaR é descrita como responsável por articular todos os pontos de atenção necessários, enfrentando dificuldades e integrando a rede para um cuidado mais eficiente<sup>35</sup>.

### **O cuidado à PSR deve ser centrado pela AP ou na PMAD?**

Os resultados indicam que, para garantir o cuidado integral à saúde da PSR, o CnaR integra a RAPS e também visa atender às necessidades de saúde mental dessa população. Em São Paulo, existe uma particularidade com duas equipes especializadas no cuidado à PSR: a CnaR (original) e a Redenção na Rua. Enquanto a CnaR deveria se concentrar na atenção integral usando tecnologias leves de cuidado da AB, a Redenção na Rua é voltada para o tratamento de PSR com problemas relacionados ao uso de substâncias, alinhando-se à PMAD.

Essa divisão, no entanto, contraria o princípio de integralidade do cuidado, que é um fundamento do SUS e se origina do Movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento criticava a fragmentação excessiva e o enfoque predominantemente curativo, defendendo uma abordagem abrangente da saúde. A criação de uma equipe específica para o tratamento de álcool e drogas pode levar à redução da saúde mental a um único problema, negligenciando outras necessidades e características dos indivíduos.

Além disso, essa prática pode reforçar a ideia de que políticas públicas para PSR devem se restringir ao combate ao uso de substâncias, perpetuando o estigma associado à drogadição e criando uma barreira adicional para o acesso à saúde para a PSR. Idealmente, a equipe do CnaR deve considerar o indivíduo em sua totalidade, abordando todas as suas necessidades, não apenas às relacionadas ao uso problemático de substâncias psicoativas.

### **Considerações Finais**

Os dados da pesquisa evidenciaram que, nos nove anos que antecederam à promulgação do CnaR, o município já tinha um serviço organizado para este

público-alvo, com equipe e processo de trabalho estruturado, bem como já haviam sido realizados três censos com a PSR<sup>5</sup>. Sua experiência prévia e conhecimento sobre a população fizeram com que o município tivesse condição de dimensionar as equipes e adequar essa política à sua necessidade.

Nesse sentido, ao olharmos para o CnaR de São Paulo, evidenciamos algumas particularidades. Por um lado, evidenciamos que as equipes de Consultório na Rua nesse município trazem em sua composição o processo de trabalho da ESF com o incremento de outros profissionais, tendo a potencialidade de promover um cuidado integral. Por outro lado, evidenciamos, mais recentemente, o agenciamento do CnaR pela PMAD, que fragmenta o cuidado e reforça o estigma já sofrido pela PSR. Tal fato é decorrente da força que a PMAD, vem ganhando no município.

A presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de CnaR traz vantagens, como a melhoria na coordenação do cuidado, o fortalecimento de vínculos e a promoção da longitudinalidade. Propõe-se, então, a criação de uma nova modalidade de CnaR (Modalidade IV) com ACS, especialmente em grandes centros urbanos como São Paulo.

O CnaR foi criado para preencher uma lacuna assistencial para a PSR, abordando suas necessidades dentro de seus ambientes de vida. A vida nas ruas envolve vulnerabilidades e exclusão social, e o cuidado em saúde deve promover equidade, facilitando o acesso à saúde. Conhecer as dinâmicas das ruas, os dialetos, as redes de apoio e as histórias de vida é essencial para oferecer um cuidado efetivo e equitativo.

## Referências

1. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF); Senado Federal; 1988 [acesso em 15 abr 2024]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. Santos AR, Almeida PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saúde debate* [internet]. 2021;45(129):327–39. : doi:10.1590/0103-1104202112906
3. Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersecretorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 24 dez 2009. [acesso em 1 abr 2024]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)
4. Carneiro Junior N, Jesus CH de, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Socie.*; 2010 ;19(3):709–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>
5. Lamarca Oliveira Santos E, Bertelli Barretto Lourenço R. (2023). O Consultório na Rua no Município de São Paulo: demandas e desafios no cuidado longitudinal de saúde, na ampliação e na cobertura dos territórios. *Bol. Do Inst. De Saúde* [Internet]. 2023 24(1): 169–76. <https://doi.org/10.52753/bis.v24i1.40066>
6. São Paulo (SP). Documento Norteador dos Consultórios na Rua. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Saúde; 2016, 1a. Edição.
7. São Paulo (SP). Atenção integral à saúde da pessoa em situação de rua - documento norteador. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Saúde; 2023 [Citado em 01 abr. 2024]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento\\_norteador\\_pop\\_rua\\_dez23.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento_norteador_pop_rua_dez23.pdf)
8. Ministério da Saúde (BR). Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [Citado em 14 abr. 2024]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipesp.def>
9. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Brasil. Portaria nº122. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [Citado em 01 abr. 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70, 2009. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1028, de 1º de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [Citado em 06 abr. 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Aprova a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Citado em 06 abr. 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Citado em 06 abr. 2024]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)
13. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAPEs/SAS/MS) e Departamento de Atenção Básica (SAS/MS). Nota Técnica Conjunta: Orientações para Instituição de Consultórios na Rua no Âmbito dos Municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Citado em 06 abr. 2024]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Brasília (DF); 2017 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n. 2/2017. Brasília (DF); 2017 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)
16. São Paulo (Município). Lei Municipal nº 17.089/2019, institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, no Município de São Paulo [internet]. 2019 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17089-de-20-de-maio-de-2019>
17. São Paulo (Município). Decreto municipal nº 58.760/2019, regulamenta a Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019, que institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, na qual se insere o Programa Redenção, bem como organiza o Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica - SIAT no Município de São Paulo [internet]. 2019 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-58760-de-20-de-maio-de-2019>
18. São Paulo (Município). Lei nº 17.252/2019. Consolida a Política Municipal para a População em Situação de Rua, institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua e dá outras providências [internet]. 2019 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17252-de-26-de-dezembro-de-2019>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 397/2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica [internet]. 2020 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397\\_16\\_03\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html)
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.255/2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2021 [acesso em 13 abr 2024]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255\\_21\\_06\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html)
21. São Paulo (Município). Decreto municipal nº 62.149/2023. Cria o Programa Reencontro e regulamenta a Política Municipal para a População em Situação de Rua, em conformidade com a Lei nº 17.252, de 26 de dezembro de 2019 [internet]. 2023 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-62149-de-24-de-janeiro-de-2023>
22. Prefeitura Municipal de São Paulo. Portaria Conjunta SGM/SMADS/SMS/SMDHC nº 4/ 2023. Dispõe sobre a atuação dos serviços e equipamentos de assistência social no acolhimento às pessoas em situação de rua e sobre a articulação interinstitucional entre SMADS, SMS e SMDHC [internet]. 2023 [acesso em 06 abr 2024]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-conjunta-secretaria-de-governo-municipal-sgm-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-secretaria-municipal-da-saude-sms-secretaria-municipal-de-direitos-humanos-e-cidadania-smdhc-4-de-16-de-maio-de-2023>
23. Secretaria Municipal de São de São Paulo (Município). Atenção Básica [internet]. [acesso em 14 abr 2024]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=346112](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=346112)
24. Lindblom CE. The Science of Muddling Through. Public Adm. Review. 1959; 19(2): 79-88.
25. Santos AR, Almeida PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. Saúde debate [internet]. 2021;45(129):327-39. Doi: 10.1590/0103-1104202112906
26. Borysow I C, Oda WY, Furtado JP. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. Physis [internet]. 2023;33:e33042. Doi: 10.1590/S0103-7331202333042.
27. Silva CS, Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. Saúde debate [internet]. 2018;42(spe1):452-6. Doi:10.1590/0103-11042018S131
28. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
29. Granja MCLM, Lima FLT. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. Rev. Bras. Cancerol. [internet]. 2020 [acesso em 9 abr 2024];66(2):e-09816. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/816>
30. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate [internet]. 2015;39(spe):246-56. Doi: 10.5935/0103-1104.2015S005270

31. 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. *Ciên. saúde Colet* [internet]. 2016 [acesso em 15 abr 2024]; 21(6): 1839-48. Doi: 10.1590/1413-81232015216.0782016.
32. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis* [internet]. 2018;28(2):e280205. Doi: 10.1590/S0103-73312018280205
33. Manchini VLM, Trindade MAB, Rosa TEC, Carneiro Junior N. O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo. *Bis, Bol Inst Saúde* [internet]. 2023 [acesso em 10 abr 2024]; 24(1):157-68. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/40064/37751>
34. Alves YD, Pereira PPG. Necropolítica, drogas e ações governamentais na Cracolândia. *Barbaroi* [internet]. 2022 [acesso em 10 abr 2024];1(60); 204-30. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/15442>.
35. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate* [internet]. 2022;46(132):227-39. Doi:10.1590/0103-1104202213216