

Sistematização da assistência de enfermagem aplicada nas equipes de consultórios de rua*Systematization of nursing care applied in street office teams**Sistematización de la atención de enfermería aplicada en equipos de oficina de calle***Sthefânia Carla dos Santos
Almeida¹**

ORCID: 0000-0002-0942-2360

Anelvira Oliveira Florentino²

ORCID: 0000-0001-8628-0565

Aline Grazielle Godoy Duarte²

ORCID: 0000-0002-2635-9770

Lorena de Godoi Montes²

ORCID: 0000-0002-4646-5116

Cláudia Maria Silva Cyrino²

ORCID: 0000-0003-2442-2606

Lígia Maria Micaí Gomide²

ORCID: 0000-0002-2756-9614

¹Prefeitura Municipal de Itapetininga. São Paulo, Brasil.²Centro Universitário Sudoeste Paulista. São Paulo, Brasil.**Como citar este artigo:**

Almeida SCS, Florentino AO, Duarte AGG, Montes LG, Cyrino CMS, Gomide LMM. Sistematização da assistência de enfermagem aplicada nas equipes de consultórios de rua. Glob Acad Nurs. 2021;2(3):e159. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200159>

Autor correspondente:

Sthefânia Carla dos Santos Almeida
E-mail: sthecainho@gmail.com

Editor Chefe: Caroliny dos Santos
Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos
Armada de Oliveira

Submissão: 02-03-2021**Aprovação:** 09-04-2021

Os contrastes sociais que marcam as grandes metrópoles e geram exclusão por classe social, cor de pele e condutas não aceitas pela sociedade são situações vivenciadas em nosso cotidiano e estes diversos grupos, com suas diversas características, ainda encontram grandes dificuldades no momento do acesso aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

No Brasil, existe um número considerável e crescente de pessoas em situação de rua, brasileiros invisíveis socialmente com difícil e constante acesso aos benefícios garantidos pelas políticas públicas e principalmente pelos recursos de saúde devido à perda, ou a inexistência de documentação².

O reforço da invisibilidade destes indivíduos é estabelecido segundo estudo³, quando procuram a oferta dos cuidados garantidos pelo Estado, uma vez que, pela falta de documentação, geralmente característico desta população, não conseguem a confecção do cartão SUS e, portanto, acesso às Unidades Básicas de Saúde e retirada de medicamentos, embora não seja exigido a eles o comprovante de endereço conforme o Art. 19 da Portaria n.º 940⁴.

A diversidade deste grupo é marcada por diversos problemas de saúde como as doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, envolvimento com álcool e outras drogas, problemas de saúde bucal, entre outros⁵.

Somando-se a isso, fatores como a extrema pobreza, o preconceito, a ruptura dos vínculos familiares, questões que envolvem a saúde mental, ausência de moradia, trabalho e renda e o uso abusivo de álcool e outras drogas, corroboram para que ocorra o fenômeno “situação de rua”, sendo que a invisibilidade é uma das maiores causas para que estes indivíduos tenham seus direitos cerceados⁶.

Considerando a escassa oferta de cuidados de saúde para estas pessoas, no ano de 1999, na cidade de Salvador, surgiram os primeiros Consultórios na rua (CnaR), com o objetivo primário de cuidados da população usuária de álcool e outras drogas. Somente em 2009 aderiu-se como uma Política Pública através do Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) e, posteriormente em 2010, com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)⁷.

Por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria n.º 2.488 de 21 de Outubro de 2011, que caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e sua manutenção e, que tem como objetivo desenvolver uma atenção integral à saúde e autonomia, tanto individual como coletiva, afirma que as pessoas em situação de rua possuem o direito de serem assistidas com integralidade, universalidade e equidade confiando uma maior abrangência de ofertas de atendimentos⁸.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como equipamento de saúde referência segundo estudo⁹, o que confere às equipes de Consultório na Rua, o objetivo de atender a população integrada conforme os princípios do SUS, além do auxílio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quando

suas ações de trabalho necessitam de compartilhamento e interações¹⁰.

Os Consultórios na rua foram reconhecidos em 2009, pelo Ministério da Saúde, como uma extensão de cuidados. O principal objetivo era assistir as pessoas em situação de rua em sua total complexidade assim como as Estratégias de Saúde da Família (ESF), e atuar articulado as Redes de Atenção à Saúde (RAS), dispondo, como principal ponto de atenção, a APS⁹.

Assim, por tratar-se de um grupo heterogêneo, composto por uma população que tem em comum doenças respiratórias, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, sofrimento psíquico e transtornos mentais, ruptura dos laços familiares, entre outras características, o trabalho do Consultório na Rua precisa ser compartilhado e integrado com os outros serviços contemplados pelo SUS, como, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial para que desta forma, o usuário possa ter a possibilidade do resgate de sua cidadania e obtenha um tratamento com equidade e integralidade¹¹.

A atuação dos profissionais dos Consultórios na rua dá-se pela forma itinerante e *in loco*, com instalações específicas, dentro de Unidades Básicas de Saúde fixas ou em Unidades Móveis, utilizando-se de um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas. Dentre estas estratégias de prevenção estão, dentre outras, a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis, inclusive para o uso de silicone industrial e hormônios entre pessoas trans. Trata-se de uma porta de entrada para as Unidades Básicas de Saúde e outros serviços contemplados pelo SUS¹².

Poderão compor o CnaR os seguintes profissionais: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e o Técnico em Saúde Bucal sendo separados em três modalidades (modalidade 1, 2 e 3) que compõe as equipes de CnaR⁹.

Na modalidade 1, a equipe de profissionais deve ser composta por quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois de nível médio. Na modalidade 2 deve haver na equipe seis profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio. Na modalidade 3 deve haver os seis profissionais da modalidade 2 e mais um profissional médico¹².

No cotidiano de trabalho destes profissionais da saúde, o inesperado se faz presente todos os dias. A partir de um ambiente complexo e dinâmico da rua, no qual o processo de trabalho do profissional enfermeiro é realizado de forma integral, tanto de forma individual como coletiva, para indivíduos de extrema vulnerabilidade social. Suas atividades abrangem a assistência à família, aos indivíduos sadios ou doentes, manutenção e recuperação da saúde, gerenciamento, entre outros desempenhos organizados de maneira multiprofissional e interdisciplinar¹³.

Os enfermeiros atuantes das equipes de CnaR utilizam-se do processo de trabalho para o direcionamento do cuidado integral de seus pacientes, em que o

planejamento estratégico, trabalho em equipe e a utilização das tecnologias leves são fundamentais para o desenvolvimento de suas ações¹³.

Dentre as diversas responsabilidades do enfermeiro, dentro de seu contexto de trabalho, a aplicação da SAE, confere-lhe conhecimento científico, organização e a segurança do indivíduo. Além de assisti-lo de forma individualizada e completa, produz maior fluxo de comunicação entre paciente e profissional¹⁴.

Diante deste contexto, este trabalho busca mostrar a viabilidade da aplicação da SAE, assim como a relevância da atuação do profissional enfermeiro dentro do programa Consultório na Rua (CnaR). Objetivou-se descrever as atividades desempenhadas pelo enfermeiro no Consultório na Rua.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem

O apoio e a assistência integral ao ser humano, iniciou-se dentro da enfermagem através da teoria de Wanda de Aguiar Horta na qual as necessidades humanas básicas do indivíduo são assistidas pelo profissional enfermeiro que também inclui a estes cuidados amor, estima e segurança¹⁴.

A segurança do atendimento de um enfermeiro é fundamental para que o cuidado prestado a seu paciente seja efetivo, pois, com o conhecimento de seus riscos relacionados à saúde, necessidades e conforto, o enfermeiro elabora um plano de cuidados em que poderá realizar as intervenções de enfermagem seguindo um processo constituído de cinco etapas: histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem¹⁵.

Entende-se que estas cinco etapas norteadoras do processo de enfermagem (PE) da qual é constituída a SAE estão em seguimento de dados e sem a hipótese de desarmonia¹⁶.

De acordo com a Resolução COFEN n.º 358, as etapas e suas respectivas funções são: (1) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) tendo como objetivo informações sobre a pessoa, família ou comunidade, este processo é sistemático, contínuo e realizado através do auxílio de metodologias a fim de resoluções em algum momento do processo saúde doença; (2) Diagnóstico de Enfermagem, que trata-se da interpretação do compilado das informações obtidas na primeira etapa, que possibilitará ao enfermeiro na tomada de decisão acerca do diagnóstico de enfermagem e que também, engloba a seleção de ações ou intervenções em que se espera alcançar os resultados esperados; (3) Planejamento de Enfermagem: Resultados determinados de acordo com as respostas referentes das pessoas, família ou comunidade, identificadas na etapa Diagnósticos de Enfermagem em que são realizadas as ações ou intervenções de enfermagem; (4) Implementação: Execução das ações ou intervenções que foram designadas pelo enfermeiro através do Planejamento de Enfermagem; (5) Avaliação de Enfermagem: Em qualquer momento do processo saúde doença, pode haver mudanças e, diante disto, a verificação destes dados é necessária com o intuito de checar se as



ações e intervenções de enfermagem produziram o resultado que era esperado assim como realizar modificações ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem.

Para o desenvolvimento e a execução do PE, existem nomenclaturas específicas que baseiam-se nas taxonomias, que são os estudos teóricos e sistemáticos das classificações, bases, princípios, procedimentos e regras e também, uma forma de uniformizar as linguagens da SAE em que utiliza-se da (*North American Nursing Diagnosis Association*) NANDA para diagnósticos de enfermagem, (*Nursing Intervention Classification*) NIC para as intervenções de enfermagem e (*Nursing Outcomes Classification*) NOC para os resultados em enfermagem, sendo que o profissional enfermeiro precisa estar totalmente presente na efetuação de todas as etapas para que seja possível as tomadas de decisões em que se prioriza a segurança do paciente¹⁷.

A interpretação crítica do enfermeiro na qual envolve o exame físico e parecer clínico, informações de familiares e do próprio paciente, confere à primeira etapa da SAE em que, na coleta de dados, aplica-se a taxonomia da NANDA para que se estabeleça uma classificação dos diagnósticos de enfermagem que irá nortear as ações de enfermagem e, por conseguinte, suas intervenções com o objetivo de, através do julgamento clínico do profissional, ofertar subsídios para a resolução do problema do paciente por ele assistido¹⁸.

Segundo estudo¹⁹, entre os anos de 2018 e 2020 houve uma atualização na taxonomia NANDA, resultando em 167 diagnósticos de enfermagem, que conferem às áreas de funcionamento e comportamento do indivíduo.

Sendo assim, o estabelecimento das intervenções de cada diagnóstico, pode ser aplicada de acordo com a taxonomia NIC, que norteia suas nomenclaturas para as áreas fisiológicas, psicossociais, prevenção de doenças e que também abrange a promoção da saúde, com o propósito do restabelecimento do paciente¹⁹.

Desta forma, os resultados de enfermagem, são obtidos utilizando-se da linguagem de classificação de resultados da taxonomia NOC, também podendo ser utilizada para classificar as etapas de planejamento e avaliação de enfermagem sendo também, uma organização de resultados e intervenções de enfermagem divididas em três níveis: domínio, classe e resultado, em que é possível enunciar o comportamento, as oscilações do estado e percepções do paciente^{18,19}.

Constata-se que a SAE é utilizada em vários países como a Espanha, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Etiópia e que sua origem ocorreu entre os anos de 1950 e 1960 com o objetivo de prestação de cuidados e contextualizado como um processo em que, na década de 1970, foi reconhecida como práticas direcionadas aos profissionais enfermeiros²⁰.

Diante deste cenário, o Conselho Federal de Enfermagem destaca, através de sua Resolução n.º 358/2009, a SAE, como preceito do processo de trabalho, em ambientes públicos e privados, sendo que o reconhecimento do enfermeiro é evidenciado de acordo com o Art. 4º,

Uso de tecnologias leves e redução de danos no Consultório na Rua

Existe uma relação entre o cuidado em saúde e tecnologias em saúde que se classificam em três categorias: as tecnologias duras, definidas em aparelhos e máquinas na qual o cuidador insere seu manuseio para que haja o cuidado; as tecnologias leve-duras, na qual o processo de saúde engloba os conhecimentos técnicos estruturados; e as tecnologias leves, que podem ser produtoras do cuidado através da ação do cuidador e a aceitação deste cuidado ao indivíduo assistido para a assistência em saúde ser concebida²².

É necessário que o enfermeiro utilize-se da escuta ativa, do acolhimento e da humanização entre seus pacientes, pois a resistência de muitos deles para a adesão dos tratamentos, ocorre devido a vários fatores como seus determinantes sociais, que incluem os estigmas sociais, empecilhos como suas vestes, más condições de higiene, o despreparo dos funcionários das UBS e ESF para lidar com suas características, entre outros fatores, o que colabora para com que o enfermeiro priorize as tecnologias leves como suporte de seu processo de trabalho²³.

A oferta de cuidados no ambiente da rua é possibilitada através do vínculo entre o profissional da saúde e aplicada sob a forma de redução de danos, em que se faz presente a distribuição de insumos relacionados à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), na qual obtém-se a oportunidade da apresentação das propostas de trabalho e tratamento aos usuários¹.

A situação de vulnerabilidade dos grupos que fazem parte dos atendimentos do Consultório na Rua, conferem-lhes uma maior exclusão e dificuldades na assistência em saúde. Uma grande parcela de indivíduos, utilizam-se de substâncias psicoativas, entre outras drogas, como o crack, o que os tornam dependentes e que resultam em grandes prejuízos sanitários, além de suas más condições de saúde, sinalizando, aos profissionais de saúde que, através da ferramenta de redução de danos, estes indivíduos tenham informações e acesso aos atendimentos que são de direito, norteados pelos princípios que regem o SUS: universalidade, equidade e integralidade^{24,25}.

A importância do enfermeiro no Consultório na Rua

O enfermeiro é o profissional que realiza dentro de seu ambiente de trabalho, ações individuais e específicas sendo sua presença fundamental no processo saúde-doença-cuidado²⁵.

As condutas terapêuticas aplicadas pelo enfermeiro e sua equipe, são pautadas na atenção centrada ao paciente para torná-los empoderados em relação aos seus corpos e conhecedores de suas patologias, conferindo-lhes o direito de sua saúde e cidadania²⁶.

O enfermeiro, dentro do contexto do Consultório na Rua, além do trabalho em equipe, e a centralização do uso das tecnologias leves, utiliza-se do cuidado com seus pacientes para nortear as abordagens e os atendimentos



dentro do contexto da situação na rua. Promover o direito à saúde mesmo diante das adversidades torna-se um desafio. Existe a falta de investimentos permanentes e o desconhecimento quanto ao objetivo do trabalho dos cidadãos em situação de rua, mesmo dentro das redes de atenção à saúde¹³.

Inserido na equipe de Consultório na Rua existem vários profissionais, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, psicólogos entre outros, porém, a centralização do trabalho é focada no profissional enfermeiro pois, pelo seu dinamismo e perfil de coordenação, lidera toda a equipe e propicia a harmonia do trabalho, além das atividades extra consultório²⁷.

Invisibilidade dos indivíduos que sobrevivem na rua

O primeiro censo voltado para a população em situação de rua, foi realizado no ano de 2007 pelo Governo Federal, em 71 municípios brasileiros, e elencou várias informações importantes que mapearam a situação destes indivíduos que envolviam questões de etnia, gênero, escolaridade, número de refeições diárias, posse de documentação, motivos de saída para a rua, onde costumam

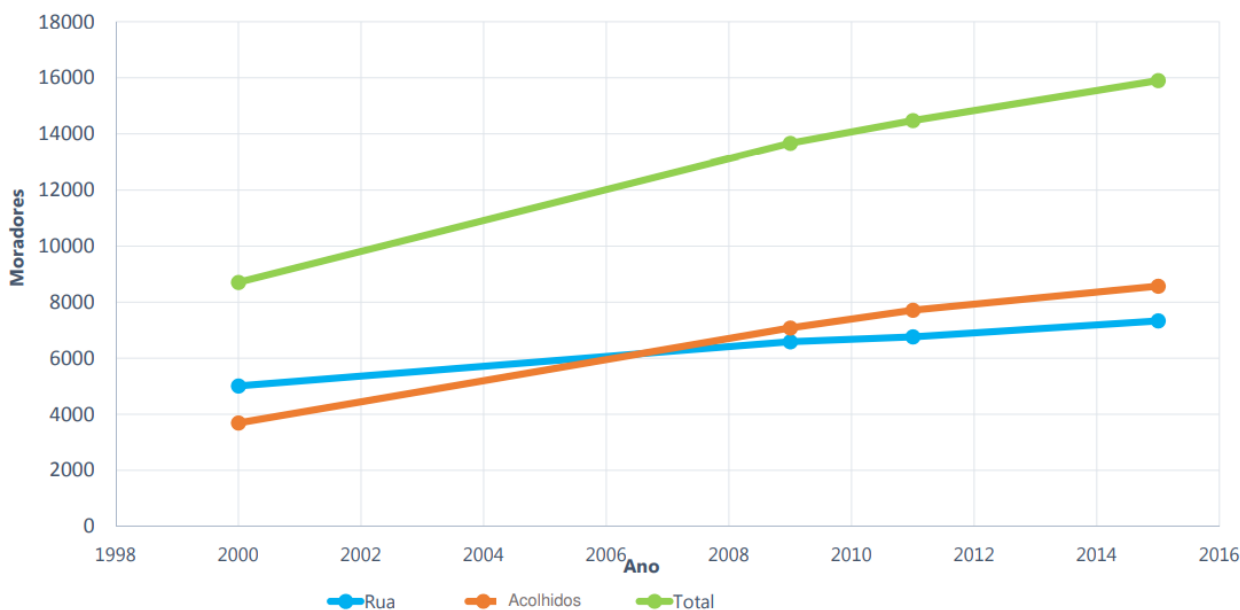
dormir, declaração de problemas de saúde entre outros dados, o que ajudou no esclarecimento do estigma que estes indivíduos carregam como sendo todos mendigos, pedintes, pois de acordo com os dados obtidos, 70,9% exerciam alguma atividade remunerada²⁷.

No município de São Paulo, no ano de 2015, foi identificado através de um censo, que 82% das pessoas em situação de rua eram do sexo masculino, 14,6% eram do sexo feminino, 2,5% tinham até 11 anos de idade e 4,7% tinham 60 anos de idade ou mais²⁸.

O Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente), reivindica uma nova contagem da população de rua sendo que a estimativa mais atual foi de 101.854 indivíduos coletados no ano de 2016 pois, de acordo com o IBGE, o assunto ainda está sem previsão, visto que o instituto considera em suas pesquisas apenas domicílios permanentes²⁹.

Houve um crescimento de pessoas em situação de rua no município de São Paulo entre os anos de 2000 e 2015 (Figura 1), demonstrado pelo total das pessoas em situação de rua, os que foram acolhidos e os que pernoitam nas ruas neste período²⁸.

Figura 1. Aumento do Número da População de Rua entre os anos de 2000 e 2015. São Carlos, SP, Brasil, 2020



Fonte: FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE, 2015).

Através destas informações, torna-se necessário o reconhecimento desta população para melhor assisti-la, como são exercidos seus relacionamentos com a comunidade e suas dificuldades para o acesso à saúde para que desta forma, as parcerias institucionais sejam firmadas com as equipes de saúde e a sociedade como um todo forneçam dados para o funcionamento destes mecanismos de identificação²⁷.

Estratégia Saúde da Família e os Consultórios na Rua

As equipes de consultórios na rua configuram-se como dispositivos de integração e reorientação das pessoas em situação de rua (PSR) aos serviços que são ofertados pelo

SUS como a rede de atenção psicossocial (RAPS), em que através de seus atendimentos como os centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS-AD), fazem a ponte destes indivíduos, integrando-os na APSA em que as ESF estão inseridas⁹.

No contexto da Estratégia Saúde da Família, as equipes que desenvolvem suas atividades buscam um serviço que objetiva a organização do processo de trabalho para atender às demandas do usuário, dedicar-se às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, além da demanda espontânea e os serviços burocráticos, assim como, priorizar o acesso aos serviços de saúde para a



população, garantindo seus princípios de igualdade, e sendo a porta de entrada da saúde primária²⁵.

Compreende-se que a ideia de Estratégia ESF, ultrapassa a concepção do cuidado centrado nos procedimentos e sim, abrange o cuidado do indivíduo e do território a qual ele pertence, transcendendo a relação profissional de saúde e usuário gerando um vínculo entre a equipe, usuário, família e comunidade focado nos programas de saúde¹.

O trabalho que é desenvolvido pelas equipes de consultórios na rua (CnaR), são relacionadas aos trabalhos desenvolvidos dentro da ESF conferindo como porta de entrada para a (APS), mas com abordagens territoriais diferentes, onde nas ESF, os trabalhos são efetuados com territórios delimitados sendo que nos CnaR, os trabalhos concretizam-se de acordo com as dinâmicas dos indivíduos e a delimitação territorial é mais imprecisa⁹.

Ainda, entre o leque de tratamentos ofertados aos CnaR está incluso o matriciamento, viabilizado pelo NASF (Núcleo Ampliado da Saúde da Família), que reúne os casos mais complexos, pautados em reuniões entre profissionais atuantes em outras áreas de conhecimento, o que implica numa evolução nas Políticas Públicas por possibilitar a visibilidade da população de rua²⁴.

Muitas pessoas que vivem nas ruas já tiveram a proteção que uma casa e um convívio familiar ofertam para um indivíduo, com suas vantagens e desvantagens em suas relações afetivas. Ao estarem vivendo nas ruas por diversos motivos, estes indivíduos também partilham relações cotidianas em que suas experiências mais frequentes são divididas, o que é importante para a construção de vínculos entre os grupos e na vida destas pessoas, mas como cada fato novo ocorrido pode desfazer estes vínculos em suas vivências, que geralmente são itinerantes e inesperadas, a rede pública de assistência deveria estar consolidada para fornecer o suporte necessário a estes grupos, seja de forma individual ou coletiva³⁰.

Somando-se a isso, na maioria das vezes, quando acontece o estabelecimento dos vínculos entre as equipes atuantes nos consultórios na rua e/ou indivíduo(s), no âmbito da rua, as próprias conexões formadas entre profissionais e pacientes, tornam-se os melhores tratamentos e medicamentos naquele momento, uma vez que o estabelecimento destes laços exigem perseverança, mas também, geram insegurança por parte dos profissionais, pois desafiam as suas capacidades de aceitações e também de convivências partilhadas²⁷.

No âmbito do atendimento dessas pessoas, observam-se dificuldades na execução das várias técnicas de trabalho que são necessárias no ambiente da rua, como as coletas de escarro, baciloscopia, atenção às doenças infectocontagiosas em que os profissionais prestam os cuidados com muita dificuldade devido a descontinuidade do cuidado, falta de adesão ao tratamento e a mobilidade desta população³¹.

Desta forma, há uma grande necessidade de adoção da SAE dentro do Consultório na Rua como ferramenta de organização, prestação de serviços de saúde à população assistida e documentação das práticas profissionais, além da

consolidação das ações do enfermeiro dentro da sua equipe, proporcionando sua autonomia, entre outros benefícios, sendo que sua aplicação é adaptável a cada instituição a que for implementada²¹.

Porém, alguns estudos relataram ainda que há falta de capacitação especializada de muitos enfermeiros em nomear a SAE como sua principal ferramenta de trabalho, na qual esclarece que o enfermeiro, profissional que interliga as várias ações de saúde executadas entre os integrantes atuantes no Consultório na Rua, necessita de ferramentas que possibilitem a assistência integral ao indivíduo que se encontra na rua, pois ele atende diversas demandas como pacientes em sofrimento psíquico, acolhimento às gestantes em situação de rua, problemas ortopédicos, diabetes mellitus, hipertensão arterial, além da educação em saúde e discussões de caso com a equipe multiprofissional³¹⁻³³.

É necessário destacar que deve haver uma visão realista para que a equipe de enfermagem possua instrumentos afim de utilizar o PE em sua forma operacional, a SAE em todas as suas etapas e consolidar sua implementação, pois as dificuldades encontradas nos serviços de saúde como a falta de estrutura física e organizacional, não estão em consonância com a aplicabilidade desta ferramenta de trabalho e, portanto, não há como confirmar que o paciente que tenha por ela sido assistido, seja capaz de atingir sua independência afim de conseguir atender às suas necessidades humanas básicas e, portanto, consolidar as etapas na qual a SAE é constituída³⁴.

Ademais, é importante discutir que existem enfermeiros que não têm conhecimento sobre a SAE ou alegam que esta metodologia está direcionada para o nível de assistência terciário de saúde (fornecem atendimento de alta complexidade). Além de questões como falta de mais impressos anexados do PE nos prontuários dos pacientes assistidos pela equipe de enfermagem, há também a falta do incentivo de sua inserção nas instituições, o que dificulta sua implementação, pois as unidades que fossem beneficiar-se desta ferramenta de trabalho, afim de atender às demandas oriundas dos consultórios na rua, também teriam que adequar-se aos padrões necessários para a abrangência do atendimento que esta ferramenta de trabalho propõe, com o objetivo de oferecer ações de saúde com equidade, organizadas e que proporcionem a assistência integral ao usuário³⁵.

Além da lacuna existente da falta do conhecimento teórico prático acerca da SAE, as várias atividades desempenhadas pelo enfermeiro acabam desvinculando-o da assistência e do foco das necessidades do paciente e, conseqüentemente, aplicando seus conhecimentos de forma tecnicista, o que acarreta o distanciamento de suas funções³⁶.

Todas estas evidências corroboram com os achados de estudo^{36,37}, além de pontuarem que na graduação, o foco principal torna-se o desenvolvimento das práticas tecnicistas na qual limita o futuro enfermeiro no aprendizado de procedimentos técnicos em que ocasiona o desconhecimento e a desvalorização da SAE.



Considerações Finais

As pessoas em situação de rua são formadas de indivíduos diferenciados por serem grupos flutuantes e temporários, exigindo cuidados e políticas públicas especiais que promovam à esta população o acesso à saúde e a diminuição de iniquidades sociais.

O imediatismo do cuidado exigido por estes grupos leva-nos a refletir que, apesar do Sistema Único de Saúde garantir em seus princípios a universalidade, integralidade e a equidade da sua assistência, estes indivíduos ainda encontram muitas barreiras de atendimento devido a compartimentalização e a territorialização dos serviços.

A constatação da exclusão de todos os direitos e de que a população de rua carrega um estigma de lixo social e invisibilidade social, é a exigência de um esforço muito grande dos profissionais de saúde, como os que fazem parte dos consultórios na rua, para diminuir a distância da oferta dos cuidados básicos que são prestados pelas Redes de Atenção à Saúde a esta população.

Outra característica do oferecimento de cuidados para estes indivíduos, é a dificuldade de respostas imediatas às demandas, devido a compartimentalização dos serviços, além das barreiras burocráticas, o que gera evasão, mesmo após o estabelecimento de vínculos entre a equipe, criando frustração e rotura dos vínculos já estabelecidos para ambos os lados.

Desta forma, o emprego das ferramentas de trabalho utilizadas pelas equipes de consultórios na rua, precisam adequar-se às ruas, desde a forma da linguagem, flexibilização dos horários, espaço de acolhimento, posse ou não de documentos dos usuários, a fim da construção da gestão destes atendimentos.

Uma das ferramentas mais importantes utilizadas por um dos componentes das equipes de Consultório na Rua, o enfermeiro, seria a SAE, muito importante dentro de seu contexto de atendimento, pela possibilidade do acompanhamento integral dos indivíduos assistidos por ele além da monitorização, evolução e registros de saúde.

Entretanto, a implementação desta ferramenta de trabalho que já encontra dificuldades em sua rotina pela falta de recursos humanos, insumos, falta de apoio e descaso tanto institucional como gerencial dentro dos ambientes públicos e privados, e até por desconhecimento de muitos profissionais, revelou-se uma ferramenta inviável dentro do contexto Consultório na Rua, porque o enfermeiro determina suas funções de acordo com as prioridades encontradas durante o decorrer de seus atendimentos, pois a escassez e as condições inadequadas de trabalho encontradas dentro do ambiente da rua são reforçadas também pela falta de uma linguagem universal relacionadas à aplicabilidade desta ferramenta entre os serviços de saúde.

Para a operacionalização da SAE ser utilizada de forma eficaz, inclusive nos consultórios na rua, seria necessário que todos os profissionais enfermeiros, serviços e instituições, construíssem uma relação de percepção e importância de seus registros no papel, relatórios de enfermagem, acompanhamento dos resultados, de suas documentações e principalmente sua implementação ser defendida pela categoria profissional.

Por fim, pode-se constatar que há uma lacuna na aplicação da SAE no trabalho do enfermeiro na rede de atenção primária de saúde de acordo com alguns autores e que desta forma, seria improvável sua utilização pelo enfermeiro inserido nos consultórios na rua, já que ambos os serviços estão em consonância com o objetivo da assistência em saúde ao indivíduo. Em contrapartida, este estudo também pode servir como estímulo a outros autores para a realização de outros trabalhos acerca da aplicabilidade da SAE em consultórios na rua, articulados com as redes de atenção básica, assim como ampliar a visão dos enfermeiros quanto a apropriação desta ferramenta de trabalho, pois quando devidamente utilizada, proporciona para a instituição, profissional e indivíduo assistido, um trabalho baseado em metodologia científica, propiciando atendimento integral, individual e resolutivo assim como a qualidade na gestão de cuidados.

Referências

1. 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 [acesso em 4 nov 2020];39(spe):246-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqgKT9JyJgJndzcTcjxRMh/?format=pdf&lang=pt>
2. 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;50(3):440-447. DOI: 10.1590/S0080-62342016000400010
3. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(7). DOI: 10.1590/0102-311X00143114
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011 [acesso em 19 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html
5. Santos LM. Consultório de/na rua: desafios na atenção à população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas [Monografia]. Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília [Internet]. Brasília; 2016 [acesso em 19 ago 2020]. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/16215/1/2016_LorenaDeMeloSantos_tcc.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso em 18 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf



7. Friedrich MA, Wetzel C, Camatta MW, Olschowsky A, Schneider JF, Pinho LB, Pavani FB. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *J. nurs. health.* 2019;9(2). DOI: 10.15210/JONAH.V9I2.13443
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011 [acesso em 20 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
9. 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). DOI: 10.1590/1413-81232015216.0782016
10. Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis.* 2018;28(4). DOI: 10.1590/S0103-73312018280413
11. Prefeitura de São Paulo (PSP). Documento norteador dos consultórios na rua [Internet]. São Paulo (SP): PSP; 2016 [acesso em 20 ago 2020]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011 [acesso em 20 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
13. 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. Enfermagem.* 2018;26:e3045. DOI: 10.1590/1518-8345.2323.3045
14. Moser DC, Silva GA, Maier SRO, Barbosa LC, Silva TG. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2018;10(4):998-1007. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.998-1007
15. Pereira GN, Abreu RND, Bofim IM, Rodrigues AMU, Monteiro LB, Sobrinho JM. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm. Foco* [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago 2020];8(2):21-25. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Relação-entre-sistematização-da-assistência-de-enfermagem-e-segurança-do-paciente.pdf>
16. Silva JP, Garanhani ML, Guariente MHD. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(2):128-134. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.02.44538
17. Iannicelli AM, Matteo P, Vito D, Pellecchia E, Dodaro C, Giallauria F, Vigorito C. Use of the North American Nursing Diagnosis Association taxonomies, Nursing Intervention Classification, Nursing Outcomes Classification and NANDA-NIC-NOC linkage in cardiac rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2019;89(2). DOI: 10.4081/monaldi.2019.1060
18. Miranda LCV, Silveira MR, Chianca TCM, Vaz RMD. Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Journal Nurs UFPE.* 2013;7(1):295-301. DOI: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201338
19. Bombino AD, Sardiñas ND, Hernández LB. Aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC en síndrome confusional agudo. *Periódica de Gerontología y Geriatria* [Internet]. 2020 [acesso em 20 ago 2020];15(1). Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2020/ger201c.pdf>
20. Egilegor JXH, Puyadena MIE, Etxabe JM, Iraola CA. Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(5). DOI: 10.1590/0104-1169.3612.2479
21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2009 [acesso em 21 ago 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
22. Terra TG, Felice JAB, Júnior LFR, Tambara RV, Simão EM, Salazar RFS. Gestão das tecnologias da saúde: metodologia para verificação de esfigmomanômetros. 8th Brazilian Congress on Metrology, Bento Gonçalves/RS, 2015
23. Silva TG, Silva GA, Moser DC, Maier SRO, Barbosa LC. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. *R. pesq. cuid. fundam.* online [Internet]. 2018 [acesso em 22 ago 2020];10(4):998-1007. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6296>
24. Simões TDBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [acesso em 22 ago 2020];41(1):963-975. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/963-975/pt>
25. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Rev. Reme.* 2015;19(3):612-619. DOI: 10.5935/1415-2762.20150047
26. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface Botucatu.* 2016;20(59):905-916. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): MS; 2012 [acesso em 18 ago 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
28. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Índices e indicadores [Internet]. 2015 [acesso em 17 nov 2020]. Disponível em: <https://www.fipe.org.br/pt-br/indices>
29. Jornal de Pernambuco. População de rua deve ficar fora do censo 2020 [Internet]. Pernambuco; 2018 [acesso em 19 ago 2020]. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/brasil/2018/09/populacao-de-rua-deve-ficar-fora-do-censo-2020.html>
30. Andrade LP, Costa SL, Marquetti. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, o litoral do Estado de São Paulo. *Saude soc.* 2014; 23(4). DOI: 10.1590/S010412902014000400011
31. Silva RP, Leão VAS, Santos ESV, Costa GN, Santos RV, Carvalho VT, et al. Assistência de enfermagem a pessoa em situação de rua. *Revista Recien* [Internet]. 2017 [acesso em 23 nov 2020];7(20):31-39. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/222>



32. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):47-53. DOI: 10.5935/1414-8145.20150007
33. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. *J. nurs. health* [Internet]. 2020 [acesso em 23 ago 2020];10(2):e20102001. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15083/11184>
34. Reis GS, Reppetto MA, Santos LSC, Devezas AMLO. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*. 2016;61:128-132.
35. Gomes RM, Texeira LS, Santos MCQ, Sales ZN, Linhares EF, Santos KA. Sistematização da Assistência de Enfermagem: revisitando a literatura brasileira. *Id On Line Revista Multidisc. e de Psicologia* [Internet]. 2018 [acesso em 24 ago 2020];12(40). Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1167/0>
36. Oliveira KF, Iwamoto HH, Oliveira JF, Almeida DV. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. *Rev. Enf. Ref.* [Internet] 2012 [acesso em 25 nov 2020];3(8):105-114. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967019.pdf>
37. Viana VO, Pires PS. Validação de instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet] 2014[acesso em 26 nov 2020];3(2):64-75. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1021>