

Expediente**Contato:**E-mail: gestao.ciis@fmrp.usp.br

Fone: 16-3315-8596

Rua do Biotério – Casa 3

Campus – USP – Ribeirão Preto - SP

Editor:

Janise Braga Barros Ferreira

Comissão Editorial:

Janise Braga Barros Ferreira

Nádia Pires Emer Coquely

Rosane Aparecida Monteiro

Coordenação Executiva:

Nádia Pires Emer Coquely

Rosane Aparecida Monteiro

Direção da FMRP/USP:

Rui Alberto Ferriani

Chefe do Depto de Medicina Social:

João Paulo Dias de Souza

Direção Centro de Atenção Primária:

Amaury Lellis Dal Fabbro

Colaboradores:

Divisão de Informática da SMS-RP

Direção do CIIS:

João Mazzoncin de Azevedo Marques

Coordenadora Área de Gestão do CIIS:

Janise Braga Barros Ferreira

Periodicidade:

Quadrimestral

APRESENTAÇÃO

Esta edição do Boletim Saúde & Gestão apresenta o tema População em Situação de Rua com o objetivo de provocar uma reflexão sobre a atenção ofertada a esse grupo populacional, no Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, na Atenção Primária à Saúde (APS).

O Boletim destaca a importância do acolhimento deste grupo populacional e das especificidades de suas necessidades de saúde. Para isso, questiona o papel da Atenção Primária na abordagem dessa população e destaca as diretrizes da Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua.

Por meio de um relato de integrantes de uma equipe Consultório na Rua do Distrito Federal são enfatizadas as características principais que delineiam essa modalidade de atendimento. Características da ação da equipe Consultório na Rua de Ribeirão Preto - SP também são apresentadas, salientando-se as suas linhas de atuação e os princípios que norteiam o atendimento, no município. Algumas informações sobre o panorama de implantação da estratégia Consultório na Rua, no Brasil, bem como as modalidades de credenciamento das equipes, compõem o conteúdo informacional desta edição.

Em um sistema de saúde, como o SUS, que propõe a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade como princípios doutrinários que orientam a atenção às pessoas, alternativas de atenção que possam garantir o acesso aos grupos em situação de vulnerabilidade precisam ser propostas, discutidas, implantadas e avaliadas.

A complexidade inserida na abordagem dessa população remete às suas condições de saúde e de vida marcadas pela ausência de outros direitos sociais básicos como alimentação, trabalho, moradia e educação. Esses aspectos necessitam ser compreendidos para que os trabalhadores da saúde sejam preparados para o desenvolvimento de uma atenção fundada no respeito, na aceitação da diversidade e na ética.

Desta forma, para que essa população possa ser acolhida por meio do reconhecimento de suas demandas é preciso que no setor saúde, inicialmente, seja reconhecida a sua existência, principalmente, na Atenção Primária à Saúde que responde pela coordenação do cuidado integral às pessoas.

Profa Dra Janise Braga Barros Ferreira

Departamento de Medicina Social-FMRP/USP

População em situação de rua: quebrar a invisibilidade para prestar o cuidado

A atenção primária à saúde (APS) constitui a estratégia base para a organização do sistema de saúde, no país. É o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde e responsável pela coordenação do cuidado oferecido à população. Compreende, entre outras, a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde estão inseridas as Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família.

As unidades estão trabalhando em conjunto para oferecer o atendimento integral, em ações individuais, familiares e comunitárias. Muitos são os programas e meios que as equipes lançam mão para atingir as pessoas nos seus mais diversos locais: dentro do domicílio, na praça, no ambiente de trabalho e nas escolas. Porém, ainda existe um grupo populacional para o qual as equipes de saúde da família dispõem de um grande potencial de atuação que não é explorado: a população em situação de rua.

Esse grupo, tanto quanto os outros (família, escola, trabalho, igreja, adolescentes, gestantes, idosos...) também teria grande impacto em sua qualidade de vida e grandes mudanças em sua realidade se fosse alcançado pelas equipes de saúde da família. Onde há muito para se fazer, pequenas ações causam grandes transformações. O incentivo ao autocuidado, a responsabilização, a educação em saúde, a promoção da saúde e a prevenção de agravos. E mais ainda, a reabilitação, com todo o olhar integral e humano da ESF, pode causar valorosa mudança de direção do caminho para essas pessoas. Caminho esse que muitas vezes termina na morte subtraída de toda dignidade do ser humano.

A população em situação de rua se apresenta na mais extrema vulnerabilidade. Além da carência da moradia estável, que caracteriza essa população, ela também têm dificuldade de acessar e garantir suas outras necessidades básicas: lugar para banho, alimentação, assistência à saúde, convivência social que promova desenvolvimento das aptidões inerentes a qualquer ser humano. Aqui, a ausência da equidade salta aos olhos. Os conceitos de justiça e igualdade ficam nebulosos e não são aplicados. A quem mais precisa, mais deve ser dado. Porém muito pouco, ou quase nada, é oferecido a essas pessoas.

Nesse contexto, porque que em todo seu potencial a ESF não atingiu ainda essas pessoas? Se a ESF se constitui na modalidade de atenção que está mais próxima das pessoas, em seu ambiente, respeitando todas as suas particularidades, crenças,

valores, independentemente da idade, raça, sexo, gênero, etnia, não seria o melhor meio para intervir no processo de adoecimento e desumanização da população em situação de rua? Entende-se que na construção da nossa educação, nas escolas, nas faculdades, nas especializações, nas ruas, esse assunto ainda não tomou a evidência que tem por necessidade. E, portanto, ainda não faz parte dos nossos pensamentos e planejamentos. Essa população tornou-se invisível aos olhos nas ruas e nas unidades de saúde.

Algumas iniciativas começaram a ser desenvolvidas para romper com esse paradigma. Em 2009 foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm) que expõe como seu primeiro objetivo “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.”

Hoje, as unidades de saúde recebem orientação para não negar o atendimento, ainda, que a pessoa não comprove a moradia fixa. Existem fluxos de classificação que direcionam a pessoa em situação de rua como atendimento prioritário e urgente. O acolhimento deve ser realizado e a pessoa atendida em suas necessidades imediatas. Mas ainda há muito para se fazer. Assim como são elaborados grupos de gestantes, idosos, diabéticos, hipertensos, saúde na escola, educação e planejamento de vida com adolescentes, toda criatividade e força da APS empregada no olhar para essa população permitirá uma nova perspectiva de presente e futuro para essas pessoas.

Tudo começa pela conscientização da necessidade dessa atenção. A discussão sobre o tema é o primeiro passo. Tentar entender quem são essas pessoas, o que pensam, como se sentem, quais suas condições de saúde e principais dificuldades abre portas para a APS empenhar a sua competência de gerenciar o cuidado e promover a dignidade da pessoa humana.

Pollyana Cristine Dias Ferreira

Médica de Família e Comunidade
Egressa do Programa de Residência de Medicina de
Família e Comunidade do
HCRP/PMRP-USP

O TRABALHO EM UMA EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA

Trabalhar na rua nos desafia a extrapolar os muros concretos e simbólicos da rigidez, desigualdades, fragmentações, isolamentos, indiferenças e violências nas relações. Permite, de forma privilegiada, experimentar a materialização dos princípios de equidade e integralidade, na medida em que se dedica a construir o cuidado onde a vida acontece.

A clínica na rua é a clínica dos lugares incomuns, do estranhamento e do reconhecimento, da flexibilização dos pensamentos e práticas, da superação de barreiras; é a Clínica do Movimento. Estar em constante movimento é o que torna o trabalho dessa equipe possível em um espaço tão dinâmico e complexo como a rua.

Para sermos agentes ativos na construção de estratégias de cuidado é preciso que estejamos atentos e disponíveis. Através da mediação da comunicação buscamos escutar de maneira ativa, acolher, perceber a peculiaridades de cada experiência na busca pela saúde e/ou interação com o adoecimento. Entender que existem maneiras diversas de viver e se relacionar com a rua é central para que os preconceitos e julgamentos, comuns à nossa condição humana, sejam percebidos, refletidos e superados, ampliando as possibilidades de horizontalização do cuidado.

Ver a rua como espaço de vida possibilita olhar para além da pobreza, dureza e violência, de fato tão marcantes, e perceber potencialidades, recursos, resiliência e solidariedade. É comum que os serviços e profissionais da saúde encarem a situação de rua como um problema a ser superado de forma imediata, o que pode gerar forte sentimento de frustração e o desenvolvimento de barreiras – subjetivas e concretas – que afastam a pessoa em situação de rua dos serviços. Acolher o sujeito com toda a sua história e trajetória, entendendo que a pessoa ou seu modo de vida não são um “problema a ser resolvido”, permite que nós ocupemos o lugar de corresponsável na produção de cuidado, qualidade de vida, redução de danos e vulnerabilidade, o que pode ou não incluir a superação da situação de rua.

O trabalho em equipe, nesse sentido, é central. A busca da transdisciplinaridade na perspectiva da saúde coletiva permite que a equipe se organize a partir das necessidades dos sujeitos e coletivos nos territórios, e não a partir de agenda prévia corporativa ou institucional, tornando as interações mais resolutivas. Também é essencial aproximação dos dispositivos intersetoriais, em especial os serviços de assistência social e garantia de direitos, uma vez que a vivência de rua acarreta prejuízos para manutenção das condições objetivas de sobrevivência e o acesso a direitos sociais. Abrir a agenda do serviço de saúde para outros setores de serviços e sociedade ainda é um grande desafio para o SUS de maneira geral, especialmente no trabalho na rua. Radicalizar a interação em rede, permitindo inclusive a participação de outros setores na definição de prioridades da equipe de saúde, é fundamental.

Apesar de ter suas especificidades no processo de trabalho, a existência de equipe de saúde dedicada a pessoas em situação de rua não significa que esse cuidado exija especialização. Exige sim a observância e respeito às peculiaridades, às vivências e experiências, às interações com o território. Mas não deveria ser assim para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)? Do ponto de vista dos princípios, diretrizes e práticas do SUS e da Atenção Primária, não há uma só novidade no presente relato. Falamos de integralidade, redes, interdisciplinaridade, intersetorialidade, temas exaustivamente expressos em documentos oficiais e debatidos na academia e serviços. Nesse sentido, uma pista sobre o que torna o trabalho dessa equipe especial, e acreditamos que é especial, é ação política comprometida em denunciar as barreiras e atuar no enfrentamento das vulnerabilidades provocadas pelas desigualdades sociais, discriminação, violência, violação de direitos e invisibilização.

Carolina Vaz, assistente social (UNB) sanitaria (Fiocruz Brasília), mestranda em Políticas Públicas de Saúde pela Fiocruz Brasília e trabalhadora do SUS. Compõe há oito anos equipe Consultório na Rua em Brasília-DF.

Allice Carvalho, psicóloga (UCB), residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/DF.



FONTE: FIOCRUZ - BRASÍLIA

A Atenção à População em Situação de Rua em Ribeirão Preto - SP

Desde o ano de 1997, o cuidado da pessoa em situação de rua, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão, é desenvolvido pela equipe do Programa DST/Aids/TB/HV por meio de um projeto junto ao Ministério da Saúde (MS) denominado Redução de Danos. Esse projeto tinha como objetivo fortalecer a prática de redução de danos como estratégia de saúde pública, na perspectiva da atenção integral e do acesso universal a ações de promoção, prevenção, assistência e tratamento, contribuindo para a redução das vulnerabilidades associadas ao uso do álcool e outras drogas. Foi finalizado em 2015, quando o município realizou o cadastro e implantação (efetivada em 2016) junto ao MS de 1 equipe de Consultório na Rua na **Modalidade II**, composta atualmente por 4 Agentes de Ação Social, 1 Assistente Social, 2 Psicólogos Clínicos e 1 Enfermeiro (CNES). Essa equipe é vinculada à UBS Nelson Barrionovo - Campos Elíseos.

O Consultório na Rua Tipo II tem como finalidade facilitar e superar as barreiras, garantindo e ampliando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a população em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; assim, contribuir para minimizar as consequências e danos à saúde, estimulando o autocuidado e a busca por direitos.

Desde o início dos trabalhos, uma das prioridades dessa equipe foi a gestante usuária de drogas, com a identificação nas cenas de uso e acompanhando ao pré-natal, facilitando a realização dos exames sorológicos, consultas médicas, tratamento de sífilis e demais intervenções necessárias.

**Equipe de Atenção Básica- DASP/
Programa DST, Aids, TB e HIV- DEVISA / SMS- RP**



Visita ao local de parada de alguns moradores de rua em Ribeirão Preto -SP

Linhas de Ação

Atualmente o Consultório na Rua em Ribeirão Preto-SP atua de forma itinerante, atingindo vários pontos do município e desenvolve as seguintes linhas de ação:

1. Abordagem e acompanhamento de gestantes usuárias de drogas;
2. Abordagem e acompanhamento da população em situação de rua e/ou usuários de álcool e drogas;
3. Orientação e dispensação de insumos preventivos aos profissionais do sexo;
4. Programa Amigos da prevenção – distribuição de preservativos em pontos estratégicos;
5. Sensibilização dos profissionais da atenção básica para o acolhimento das pessoas em situação de rua;
6. Orientação das equipes do Centro Pop e CETREM acerca das doenças transmissíveis, entre outras.



Ação em ponto de ônibus com alguns moradores de rua.

Em Ribeirão Preto, 9.378 pessoas participaram das 573 atividades de Educação em Saúde realizadas pelo Consultório na Rua, de janeiro a setembro de 2020. O gráfico abaixo apresenta o nº de atividades e de participantes por meses do ano.

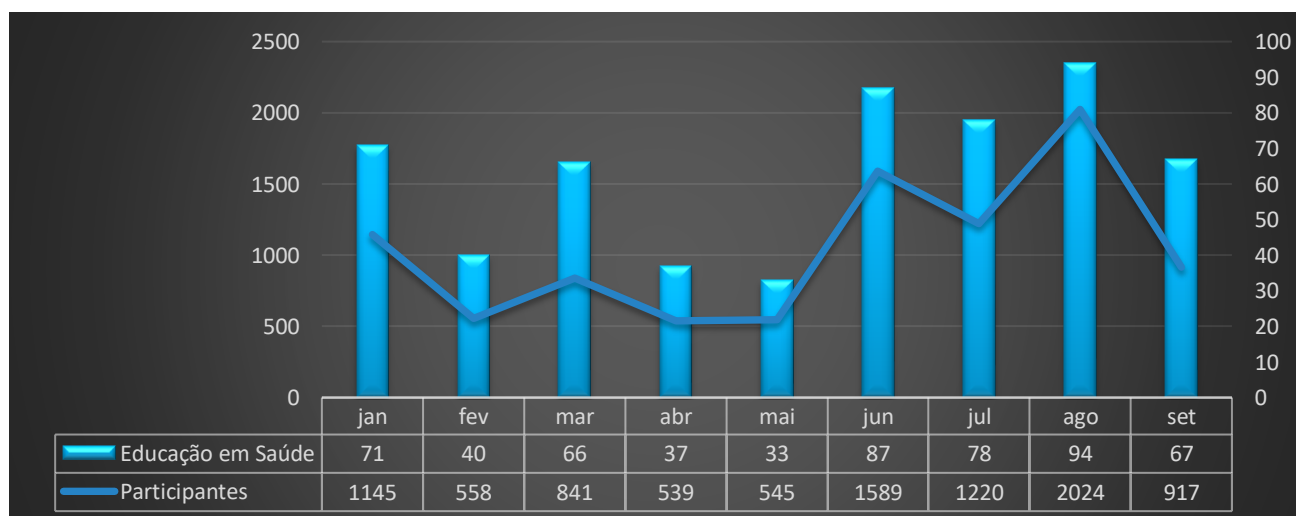


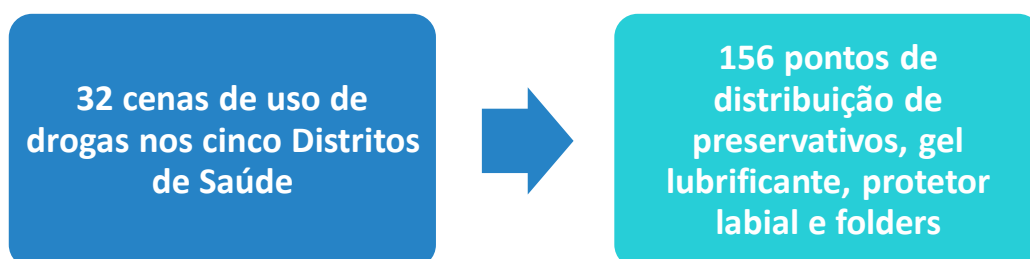
Gráfico 1. Atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de Consultório na Rua, RP-SP, 2020

Fonte: eSUS/SMSRP

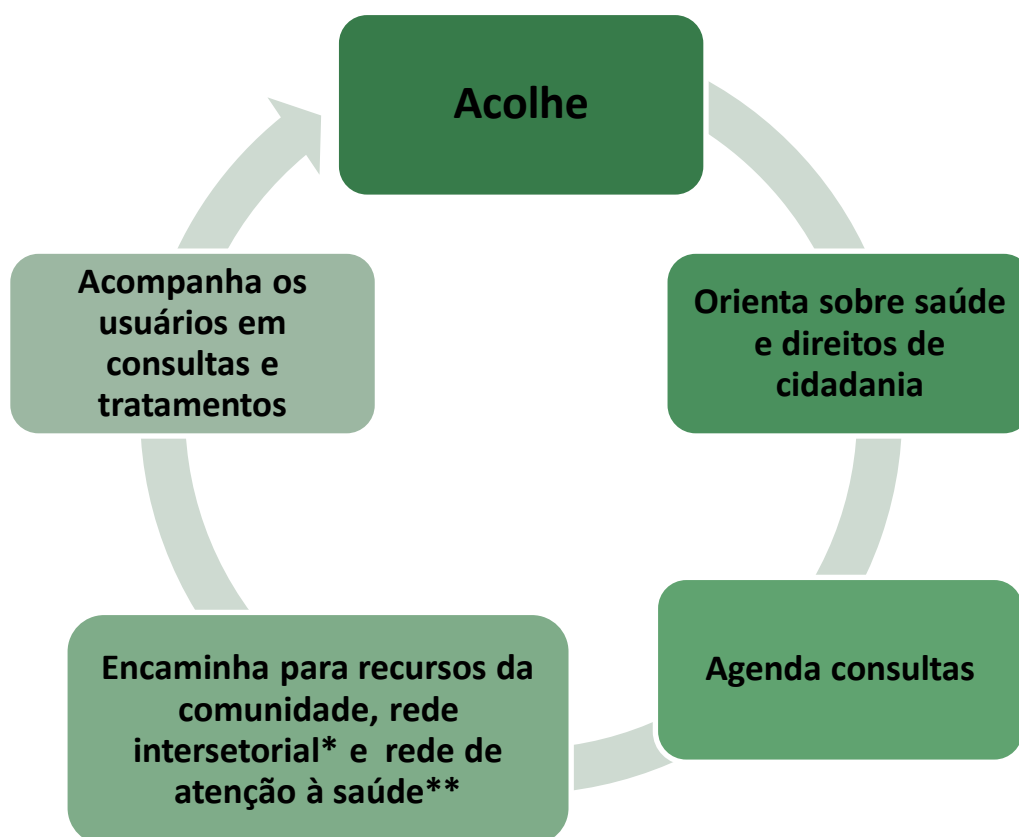
Quem tem acionado a equipe Consultório na Rua em Ribeirão Preto?

- ✓ Secretaria da Assistência Social
- ✓ Promotoria Pública
- ✓ Hospital das Clínicas da FMRP-USP e
- ✓ Unidades de saúde

Os atuais campos onde, semanalmente, a equipe realiza suas atividades, aumentando a cobertura de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis são:



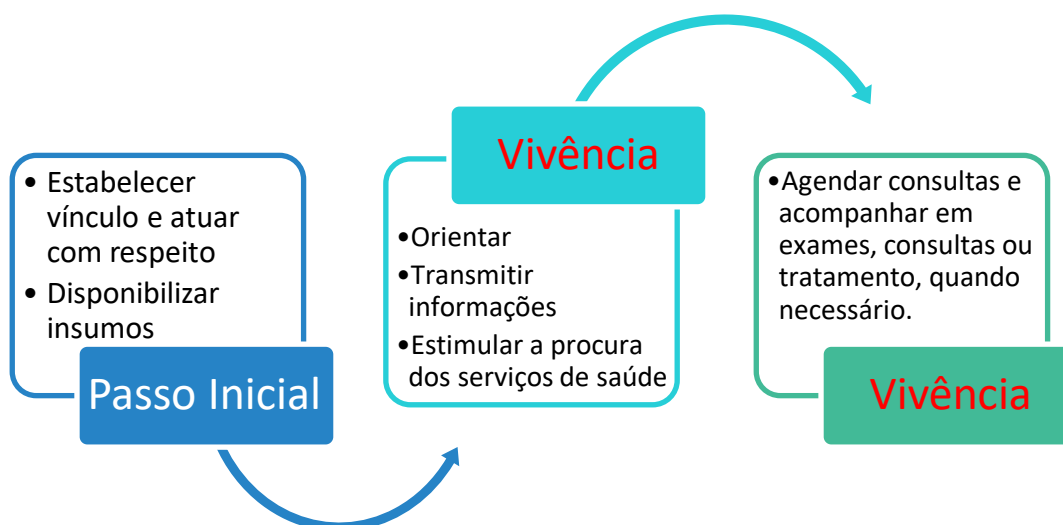
O que faz a equipe nestes locais?



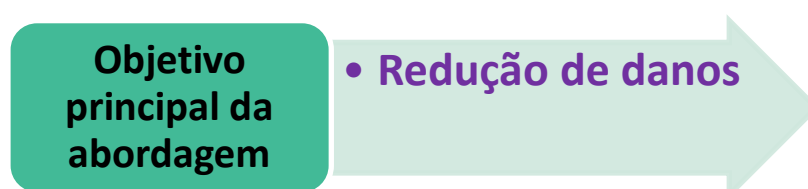
*CRAS, CREAS, Centro POP, Cartão Recomeço, Bom Prato

** UBS, USF, CAPS, Pronto Atendimento e outros.

O que é essencial na abordagem da saúde à população em situação de rua?



*As ações da saúde têm como meta diminuir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção, respeitando **a liberdade de escolha de cada indivíduo**, promovendo a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde doença.*



Estratégia Consultório na Rua

A estratégia **Consultório na Rua** foi proposta em 2011 com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e oportunizar a oferta de atenção integral e humanizada à população em situação de rua. As diretrizes sobre a organização e o funcionamento das equipes Consultório na Rua (eCR) foram dispostas na portaria 122/2011.

Em outubro deste ano, o Brasil contava com **207 equipes Consultório na Rua**, distribuídas em vinte e cinco estados e no Distrito Federal. Os três estados com o maior número de equipes eram: São Paulo 55 (26,6%), Rio de Janeiro 33 (16%) e Minas Gerais 20 (9,6%)

Brasil - Consultórios na Rua: modalidades I, II e III

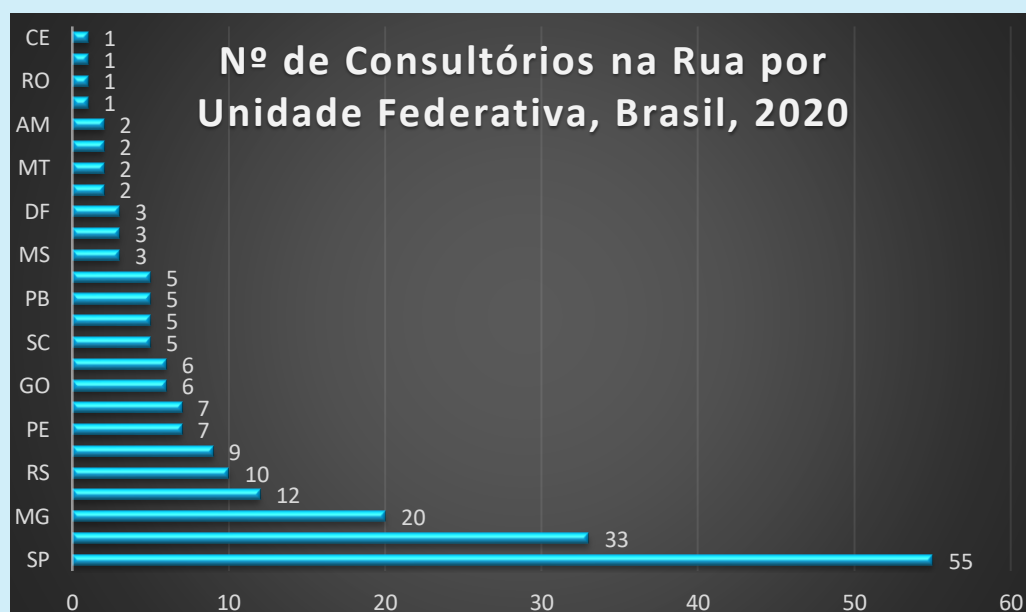


Figura: Consultórios na Rua por Unidade Federativa, Brasil, 2020

Fonte: Ministério da Saúde/CNES

Composição

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, podendo fazer parte delas as seguintes profissões:

A: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional;

B: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.

As equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades:

MODALIDADES

MODALIDADE I – 4 PROFISSIONAIS (2 NÍVEL SUPERIOR) + (2 NÍVEL MÉDIO)

MODALIDADE II – 6 PROFISSIONAIS (3 NÍVEL SUPERIOR) + (3 NÍVEL MÉDIO)

MODALIDADE III – MODALIDADE II + PROFISSIONAL MÉDICO

Modalidade I: 2 (dois) destes profissionais obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A**

Modalidade II: 3 (três) destes profissionais obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A**

Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

No mapa abaixo pode-se observar a distribuição espacial dos Consultórios na Rua (CR) pelos estados brasileiros, no mês de outubro de 2020. Observa-se a maioria dos estados brasileiros com até 11 CR, e os estados do sudeste com o maior número de consultórios. Destaca-se o estado de São Paulo com o maior número de consultórios na rua, na faixa de 44 a 55.

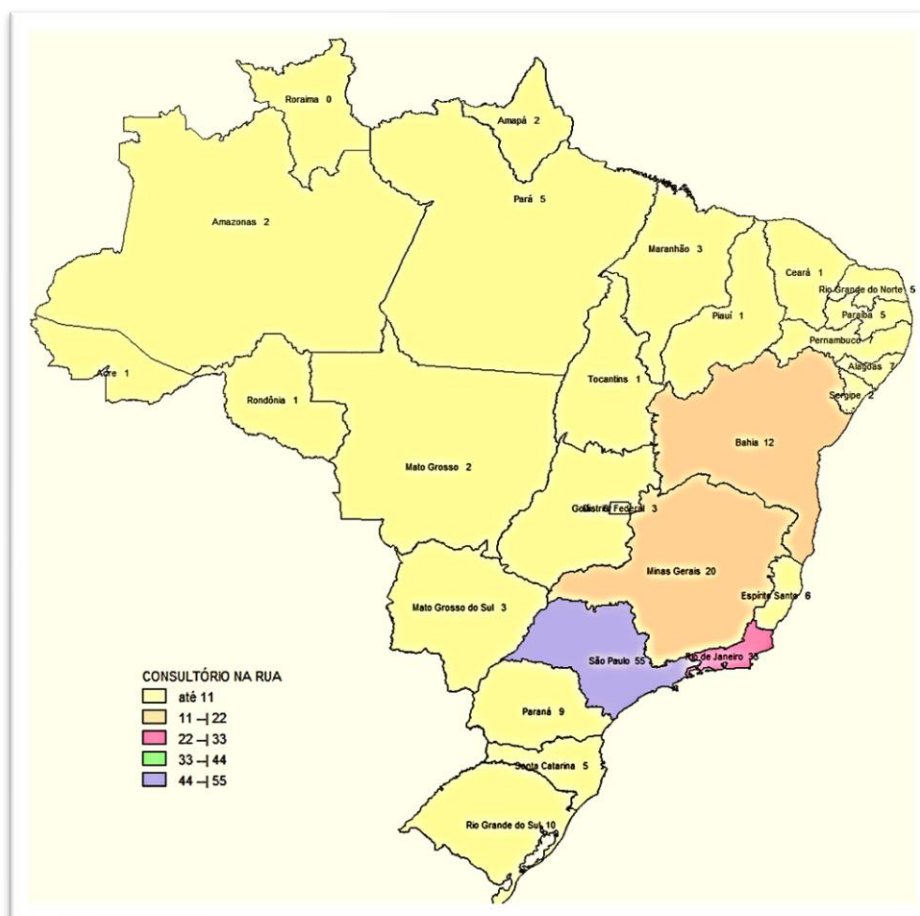


Figura 1. Distribuição dos consultórios na rua por estados, Brasil, 2020

No Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) são registradas as atividades coletivas realizadas na estratégia Consultório na Rua, segundo os tipos. Em setembro de 2020, no Brasil, foram registradas 918 atividades coletivas, com um total de 6.517 participantes. Dentre as atividades coletivas registradas no SISAB as mais frequentes e com maior participação foram as reuniões de equipe (27,9%) e as ações de educação em saúde (22,8%).

Tabela 1. Distribuição da frequência de atividades coletivas por tipo e número de participantes, Brasil, 2020.

Tipo de Atividade Coletiva	Nº Atividades	%	Nº Participantes	%
Mobilização social	23	2,5	197	3,0
Reunião intersetorial / conselho local de saúde	82	8,9	553	8,5
Reunião de equipe	257	27,9	1571	24,1
Atendimento em grupo	185	20,2	599	9,2
Educação em saúde	209	22,8	2293	35,2
Reunião com outras equipes de saúde	87	9,5	591	9,0
Avaliação / procedimento coletivo	75	8,1	713	11,0
Total	918	100	6517	100

Dados sujeitos à alteração (MS)

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Considerações

Abordar a temática da população em situação de rua é uma necessidade no campo da saúde pública e, principalmente, em um país que garantiu a saúde como direito constitucional. Ademais, o Brasil definiu a base universal para o seu sistema público de saúde, o SUS, o que confirma o direito de todo cidadão à saúde. É certo que a questão da população em situação de rua é multifatorial (frágeis vínculos familiares, pobreza, falta de moradia, problemas de saúde mental) o que torna a sua abordagem bem complexa, além de estarmos em uma sociedade com marcante desigualdade social e preconceito.

Essa realidade tende a ser ainda mais presente tendo em vista os reflexos da pandemia nas condições econômicas do país, com a geração de desemprego e de mais pobreza.

Este Boletim tem a intencionalidade de colocar em pauta a questão da população em situação de rua e, para tanto, apresentou alguns dados nacionais, estaduais e do município de Ribeirão Preto-SP.

A despeito de o Brasil contar com uma Política Nacional para a População em Situação de Rua, desde 2009, com destaque para a estratégia do CR nota-se a incipiência da implantação de práticas em saúde direcionadas a essa população que tem a sua especificidade refletida no processo saúde-doença. Entende-se que o desenvolvimento da atenção aos moradores de rua envolve a capacitação das equipes de saúde, em especial, da APS, para o atendimento das complexas necessidades desta população. Além disso, considera-se imprescindível o investimento na política intersetorial e na capacidade da gestão pública para o enfrentamento e transformação dessa realidade que agride a dignidade humana.

Para o aprofundamento da reflexão sobre a população em situação de rua sugerimos algumas referências.



Segundo pesquisa publicada em 2015 o perfil da população em situação de rua, em muitos municípios brasileiros, já aponta para uma experiência de vida de caráter intergeracional. Algumas famílias encontram-se na terceira ou quarta geração nas ruas, o que faz com que a questão da gestação, nestes casos, seja ainda mais relevante e urgente.

<https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n3/1089-1102/>



Sicari e Zanella (2018), por meio de uma revisão sistemática, apresentam os principais temas que têm mobilizado os pesquisadores brasileiros no desenvolvimento de pesquisas sobre a População de Rua, no país.

Apesar do aumento das produções sobre esta temática as autoras destacam a necessidade da produção de novas evidências que possam subsidiar políticas públicas robustas direcionadas a essa população.

<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0662.pdf>

Referências consultadas:

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a população em situação de Rua. Decreto nº 7.053, de 23 de dez 2009. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Costa, S.L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, set. 2015.

Sicari, A. A., Zanella, A. V. (2018). Pessoas em Situação de Rua no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão* Out/Dez. 2018 v. 38 n°4, 662-679.