

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL SOBRE

O CUIDADO À SAÚDE JUNTO

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



Brasília – DF
2012

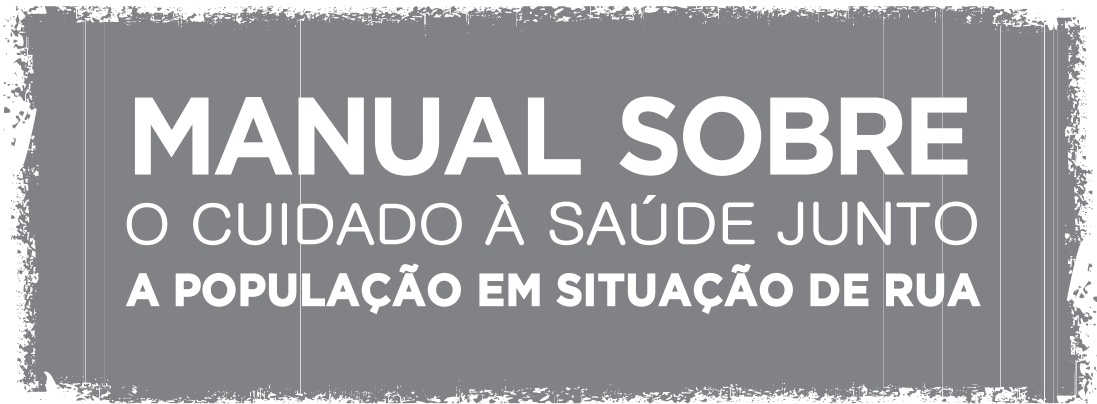
MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



Brasília – DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica



MANUAL SOBRE
O CUIDADO À SAÚDE JUNTO
A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2,
Lote 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600, Brasília – DF
Fone: (61) 3306-8090 / 6606-8044
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab

Supervisão geral:

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral:

Eduardo Alves Melo

Organização:

Alexandre Teixeira Trino
Rosana Ballesterro Rodrigues

Elaboração Técnica:

Alejandra Prieto de Oliveira
Alexandre Teixeira Trino
Ana Lúcia Gomes
Andrea Gallassi
Ângela Maria Mazzilli Fassy
Angélica da Silveira
Antonio Garcia Reis Junior
Branca Eliane Bittencourt
Charleni Inês Scherer
Claudia de Paula
Claudio Candiani
David de Souza
Iacã Imacerata
Juliana M. de Melo Vidal
Júlio Lanceloti
Laila Louzada
Leonardo Quintão
Marcelo Pedra Martins Machado

Marcia Helena Leal
Marivaldo da Silva Santos
Marta R. Marques Lodi
Rosana Ballesterro Rodrigues
Vera Lúcia Martins

Colaboração:

Daniele Chaves Kuhleis
Graziella B. Barreiros
Joseane Prestes de Souza
Letícia Toledo do Amaral
Mariangela Soares Nogueira
Sílvia Freire

Apoio:

Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua de Belo Horizonte
Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua do Rio de Janeiro
Equipe de Saúde da Família sem Domicílio de Porto Alegre
Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto – Núcleo A Gente na Rua
Estratégia Saúde da Família de Rua / PSF – São Paulo
Movimento Nacional de População em Situação de Rua – MNPR
Equipe do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Equipe da Área Técnica de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – DAPES
Equipe do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT
Equipe do Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP

Coordenação Editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Projeto Gráfico, capa, diagramação e ilustrações:

Roosevelt Ribeiro Teixeira – MS/DAB

Normalização:

Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Revisão de texto:

Ana Paula Reis

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. 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. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1950-6

1. População em situação de rua. 2. Atenção à Saúde. 3. Promoção em Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 364

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0076

Títulos para indexação:

Em inglês: Manual on the health care to the population in a street situation

Em espanhol: Manual sobre el cuidado a la salud junto a la población en situación callejera

AGRADECIMENTO

Agradecemos, de forma especial, a todos os homens, mulheres, adolescentes e crianças em situação de rua que, com suas histórias e trajetórias de vida, nos possibilitaram o aprendizado que nenhuma academia poderia nos proporcionar, e representam os verdadeiros autores deste manual.

NÃO SOMOS LIXO

Não somos lixo.

Não somos lixo e nem bicho.

Somos humanos.

Se na rua estamos é porque nos desencontramos.

Não somos bicho e nem lixo.

Nós somos anjos, não somos o mal.

Nós somos arcanjos no juízo final.

Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.

Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.

Não somos lixo.

Será que temos alegria? Às vezes sim...

Temos com certeza o pranto, a embriaguez,

A lucidez dos sonhos da filosofia.

Não somos profanos, somos humanos.

Somos filósofos que escrevem

Suas memórias nos universos diversos urbanos.

A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.

Não somos bicho nem lixo, temos voz.

Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.

Existem aqueles que se assustam.

Não somos mortos, estamos vivos.

Andamos em labirintos.

Depende de nossos instintos.

Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

*Carlos Eduardo (Cadu),
Morador de rua em Salvador.*



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO	17
2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	21
3 VÍNCULO NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	27
4 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS TERRITÓRIOS	31
4.1 Cartografia	37
4.2 Abordagem e acolhimento à pessoa em situação de rua	39
5 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	43
5.1 Relato de Experiência do Serviço Social no Atendimento à Pessoa em Situação de Rua	45
5.2 Relato de Experiência de Atuação Integrada da Atenção Básica e Saúde mental	47
6 ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	51
7 OS PROBLEMAS CLÍNICOS MAIS COMUNS JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	57
7.1 Problemas nos pés	57
7.2 Infestações	58
7.3 Tuberculose	59
7.4 DST, HIV e AIDS	63
7.5 Gravidez de alto risco	64
7.6 Doenças crônicas	69
7.7 Álcool e drogas	72
7.8 Saúde bucal	78
8 ESTRATÉGIAS DE SUPORTES AO CUIDADO PARA A EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA	81
9 EXPERIÊNCIAS COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: PROJETOS BEM SUCEDIDOS E SUAS FERRAMENTAS	85
9.1 Equipe de saúde da família para a população em situação de rua de Belo Horizonte	85
9.2 BOMPARceiro Psicossocioambiental: Um trabalho Assumido	91
REFERÊNCIAS	94

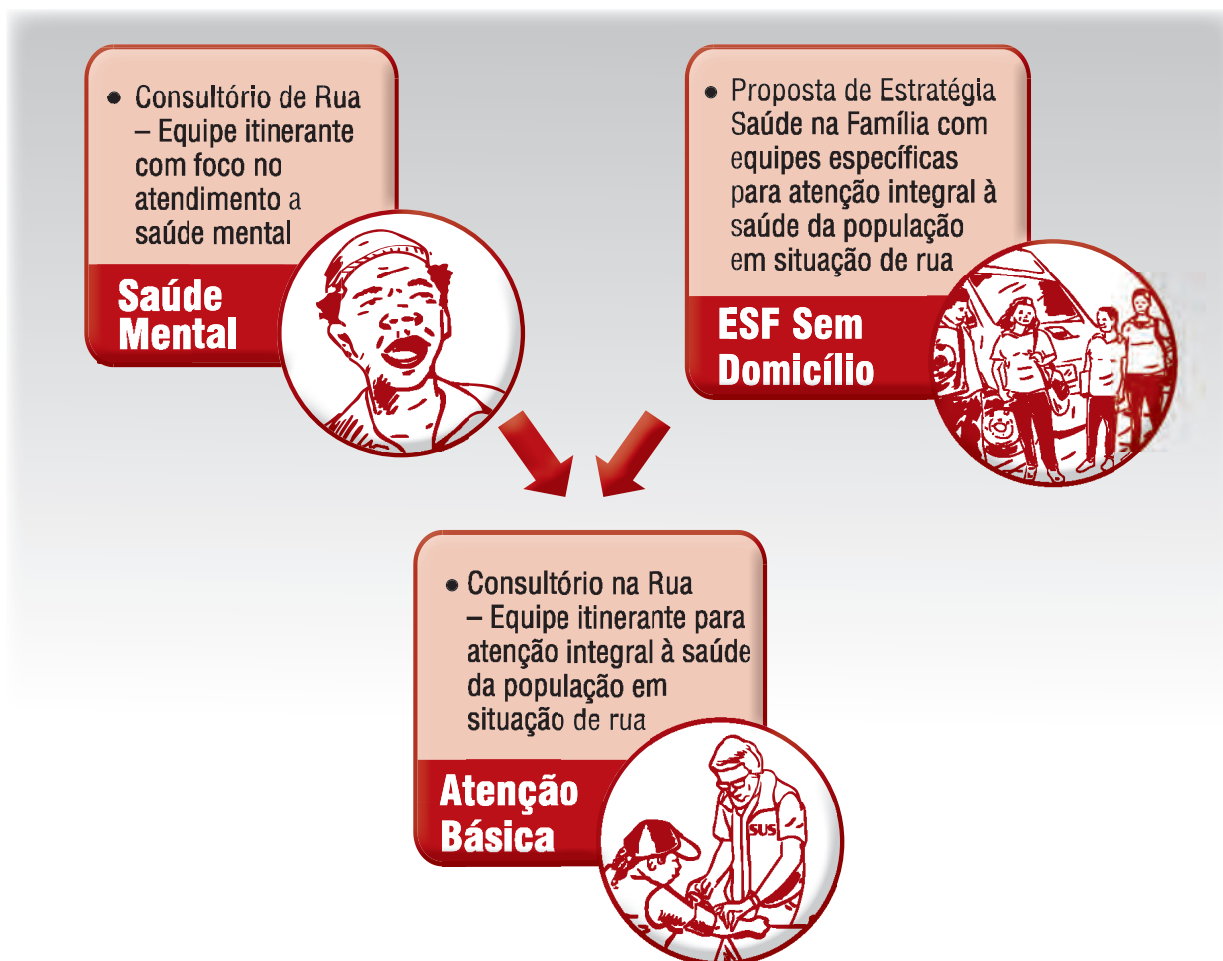
APRESENTAÇÃO

*“Com cacos de mundo,
de paus, de barro e de sonhos,
ergue-se o esplendor de uma morada.
Prateleiras, um catre e um fogão
para a transformação de vida em vida,
para conter a friagem que desce pela serra.”
(Regis de Moraes)*

Este manual inaugura um novo marco na atenção à saúde da População em Situação de Rua (PSR) no Sistema Único de Saúde (SUS). Em que se pretende ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população. Sendo a atenção básica um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária na Atenção Básica (AB) as equipes do Consultório na Rua.

O Ministério da Saúde (MS), ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua. Abaixo, segue esquema que contextualiza a junção das duas experiências anteriores que culminaram com a atual proposta da atenção básica no que se refere ao cuidado integral de saúde dessa população.

Figura 1 – Esquema da estruturação do Consultório na Rua



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e do acompanhamento longitudinal, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para

a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional. A atual política define a PSR como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

A política prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Dessa forma, observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representa-se um desafio a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade.

Frente a este contexto, os Consultórios na Rua (CnaR), instituídos pela **Política Nacional de Atenção Básica**, integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e **devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB**, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Os Consultórios na Rua são formados por **equipes multiprofissionais** e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma **itinerante** desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

As equipes dos Consultórios na Rua podem ter três modalidades conforme esquema abaixo:

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

Poderão compor os Consultórios na Rua as seguintes profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio. O Agente Social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio.

Entende-se por **agente social** o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Recomenda-se ainda que este profissional tenha preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua.

O técnico em Saúde Bucal da equipe do consultório na rua deverá ser supervisionado por um Cirurgião-Dentista vinculado a equipe de Saúde da Família (ESF) da área correspondente à área de atuação do consultório na rua ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. Esta equipe deverá também se responsabilizar pelo atendimento da população e programar atividades em conjunto com o Técnico em Saúde Bucal da equipe do consultório na rua. A supervisão direta do cirurgião-dentista será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo Carga Horária mínima semanal de 30 horas, tendo horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana. Todas as modalidades de equipes dos Consultórios na Rua poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações.

Frente a essa realidade, o MS, por meio deste manual, busca instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população.



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO

Antonio Garcia Reis Junior

1

*Casa é uma experiência existencial primitiva,
ligada ao que há de mais precioso na vida humana,
que é a relação afetiva entre os que a habitam.*

(L. Boff)

A construção de propostas para o cuidado da população em situação de rua (PSR) no Brasil tem um longo histórico de intersetorialidade. Na década de 1970 e 1980, a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, inicia movimento de organização de pessoas em situação de rua, com destaque para os municípios de São Paulo e Belo Horizonte. Tais iniciativas religiosas foram responsáveis por implantar casas de assistência aos então moradores de rua, organizar movimentos de representação popular, sobretudo em relação aos catadores de material reciclável, e realizar eventos e comemorações de mobilização social de cunho local (BASTOS, 2003; CANDIDO, 2006).

Após o aumento da representatividade da população em situação de rua potencializada por essas iniciativas, os gestores públicos dos municípios de maior porte começam a delinear estratégias de identificação e abordagem junto às demandas desse grupo social. Em Belo Horizonte, por exemplo, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social assume a agenda política das ações voltadas a essa parcela da população em 1993, por meio do Programa de População em Situação de Rua, e fomenta a realização do Fórum da População em Situação de Rua. Tal iniciativa veio, então, desempenhar o papel de integrar vários segmentos sociais na tarefa de discutir e elaborar políticas públicas capazes de reverter o quadro de exclusão que se impunha cada vez mais crítico. Entre os seus objetivos, destacou-se o de conhecer a realidade da rua e caracterizar o perfil desse grupo social; identificar as diversas instituições que atuavam com essa população; e implementar, com ela, programas de apoio; bem como capacitar tecnicamente os seus membros na busca de alternativas às demandas apresentadas (BELO HORIZONTE, 1998a).

A partir das constatações do Fórum, foi proposto e realizado um censo específico para a população em situação de rua (BELO HORIZONTE, 1998b), que reorientou a conformação dos serviços de saúde dirigidos a ela. Nesse contexto, percebeu-se que o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas, caracterizado pela responsabilização por uma área geográfica fixa e uma população adscrita, não era apropriado para incluir os moradores de rua, pela sua carac-

terística migratória, o que gerava uma exclusão da PSR da rede assistencial.

Assim, em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implanta a primeira equipe de Saúde da Família específica e exclusiva para o atendimento da PSR, sem território de abrangência fixo, que passa a ser o equipamento de saúde de referência para essa população, e assume a vocação de matricular as demais eSF do município na sensibilização do cuidado à PSR eventualmente presente nos territórios dessas equipes, de forma transversal (REIS JUNIOR, 2011).

Pouco tempo depois, o município de São Paulo, com histórico semelhante, implanta suas primeiras equipes de Saúde da Família para população em situação de rua, por meio do Programa A Gente na Rua (CANONICO et al., 2007), e aprofunda o paradigma semântico de certas abordagens de equipes à PSR, em que visita domiciliar passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; e família aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Outras experiências de centros de saúde com equipes de atenção básica tradicional também começam a sistematizar ações para a população em situação de rua, porém não de modo exclusivo como as eSF referidas (CARNEIRO JUNIOR et al., 2006). Mais tarde, outros municípios como Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba implantam suas primeiras equipes de Saúde da Família para população em situação de rua. Além do município de Belo Horizonte, os municípios de São Paulo, Porto Alegre e Recife também realizam censos municipais específicos para contagem e estudo desse grupo social.

Em 2007, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou censo para PSR, que procedeu à contagem de todas as pessoas em situação de rua acima de 18 anos, em um universo de 71 municípios com população total superior a 300 mil habitantes à época, e reconheceu os quatro censos realizados autonomamente pelos municípios citados (BRASIL, 2009).

Foram identificadas 31.922 pessoas, o que equivale a 0,061% dessas cidades. Tais dados, oriundos do Sumário Executivo do Censo (BRASIL, 2009), ainda que desatualizados por terem sido levantados em 2007, constituem referência nacional para se compreender um pouco melhor as características da população em situação de rua nos grandes centros urbanos e serviram como referência para o governo federal reformular e sistematizar políticas públicas intersetoriais para a inclusão de pessoas em situação de rua. Também serviram para estimular a realização de outros censos municipais e distritais e induzir novos caminhos de entendimento e abordagem dos problemas sociais inerentes.



CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Antonio Garcia Reis Junior

2

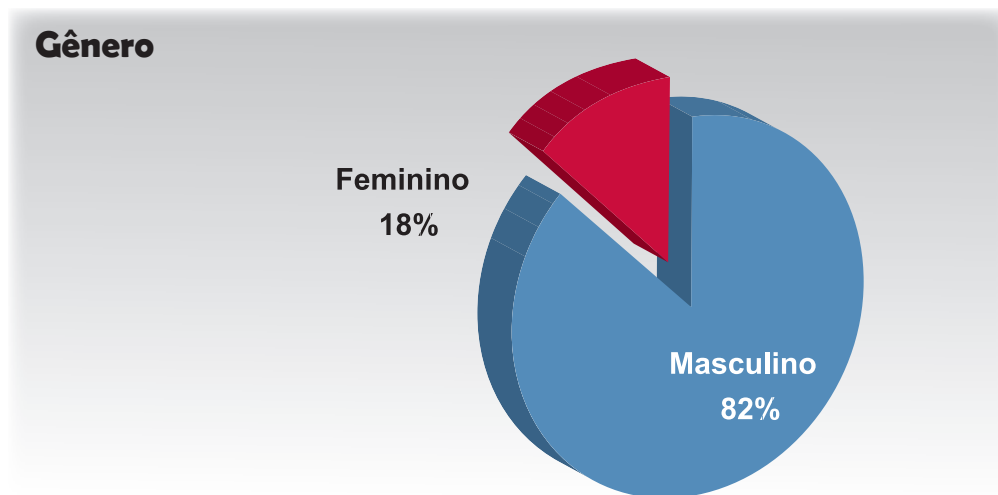
“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize”.
(Boa ventura de Sousa Santos)

Em relação ao termo “população em situação de rua” (PSR), as classificações são heterogêneas, sobretudo se comparadas diferentes realidades internacionais (ADORNO; WARANDA, 2004). No Brasil, o termo consolidado expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar. Autores como Escorel (1999), por exemplo, discutem a exclusão social como sendo um “processo no qual – no limite – os indivíduos são reduzidos à condição de animal laborans, cuja única atividade é a sua preservação biológica, e na qual estão impossibilitados de exercício pleno das potencialidades da condição humana”. Já Castell (1997) prefere o termo “desfiliação” para designar o processo pelo qual as pessoas adotam as ruas. Além desses e de outros autores que adotam conceitos específicos para a PSR, já há muitos estudos socioetnográficos institucionais considerando bases municipais (BRASIL, 2006) e nacionais (BRASIL, 2009). Ferreira lembra a definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ao analisar a população em situação de rua de Belo Horizonte: “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular” (FERREIRA, 2005).

O censo para população em situação de rua realizado pelo governo federal em 2007 oferece várias informações para melhor compreensão a respeito das características desse grupo social em 71 municípios brasileiros.

O perfil socioeconômico encontrado pela pesquisa sugere que a população em situação de rua em 2007 era predominantemente masculina (82%), mais da metade (53%) possuía entre 25 e 44 anos, aproximadamente 69% se declararam afrodescendentes (29,5% se declararam pretas e 39,1%

Gráfico 1 – Perfil

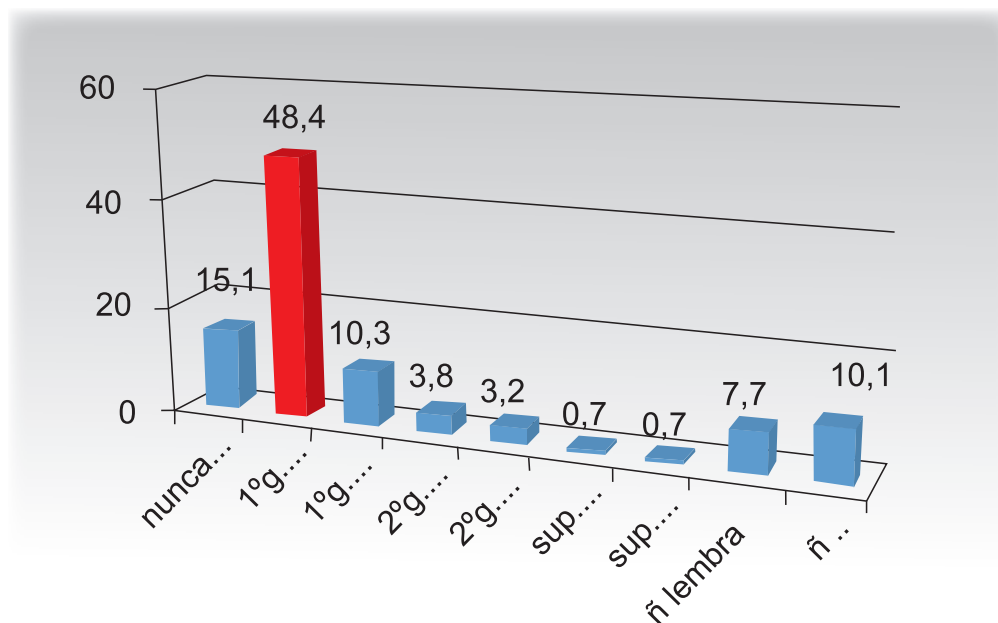


Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Meta/MDS, 2008.

pardas) e que a maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais.

Em relação à formação escolar, 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever; 8,3% apenas assinavam o próprio nome; e a imensa maioria não estudava por ocasião da pesquisa (95%).

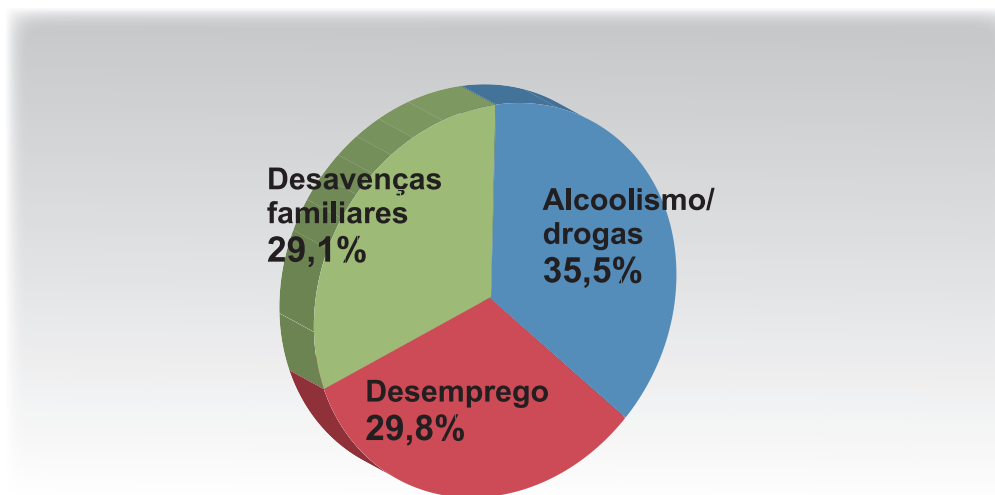
Gráfico 2 – Escolaridade



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Meta/MDS, 2008.

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiam aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%); e, dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos, que a pesquisa destaca que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro.

Gráfico 3 – Principais motivos de saída para rua



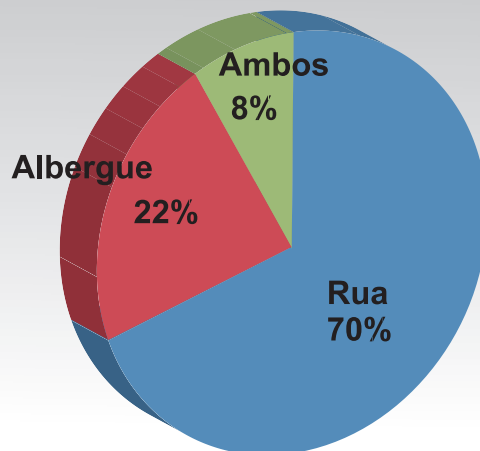
Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Meta/MDS, 2008.

Sobre a trajetória, 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moravam; 56% vieram de municípios do mesmo Estado de moradia à época; e 72%, de áreas urbanas. Dos que já moraram em outra(s) cidade(s), 45,3% se deslocaram em função da procura de oportunidades de trabalho e o segundo principal motivo foram as desavenças familiares (18,4%). Do total de indivíduos pesquisados, 48,4% estavam há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue.

Em relação ao local onde dormiam, a maioria costumava dormir na rua (69,6%); um grupo relativamente menor (22,1%), em albergues ou outras instituições; e apenas 8,3% costumavam alternar, ora dormindo na rua, ora em albergues. Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir em albergue, 69,3% apontaram a violência como o principal motivo da não preferência por dormir na rua e o segundo principal motivo foi o desconforto (45,2%). Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir na rua, 44,3% apontaram a falta de liberdade como o principal motivo da não preferência por dormir em albergue. O segundo principal motivo foi o horário (27,1%) e o terceiro a proibição do uso de álcool e drogas (21,4%), ambos igualmente relacionados com a falta de liberdade.

Sobre os vínculos familiares, 51,9% dos entrevistados possuíam algum parente residente na cidade

Gráfico 4 – Costumam dormir



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Meta/MDS, 2008.

onde se encontravam, porém 38,9% deles não mantinham contato com esses parentes e 14,5% mantinham contato em períodos espaçados (de dois em dois meses até um ano); 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantinha com os parentes que viviam na mesma cidade, enquanto 29,3% consideravam esse relacionamento ruim ou péssimo.

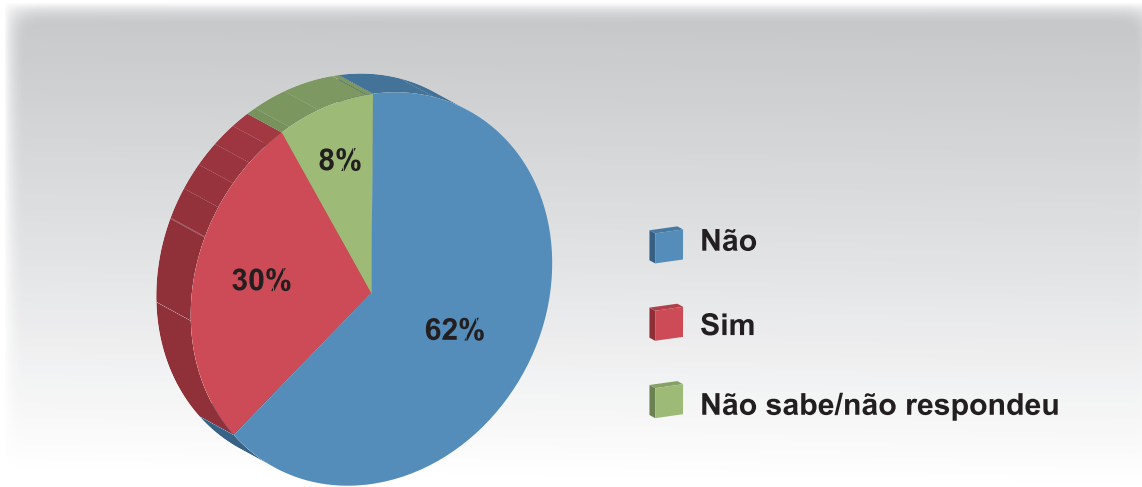
Sobre o trabalho e renda, a população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores, já que 70,9% exerciam alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacavam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para a sobrevivência. Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que a PSR é composta por “mendigos” e “pedintes” (BRASIL, 2009).

Em relação à alimentação, a maioria (79,6%) conseguia fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que 27,4% destes compravam comida com seu próprio dinheiro. Contudo, 19% não conseguiam se alimentar todos os dias (ao menos uma refeição por dia).

Sobre suas condições de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, cujos problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%).

Dos entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento. Postos/centros de saúde eram as prin-

Gráfico 5 – Declaração de problemas de saúde



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Meta/MDS, 2008.

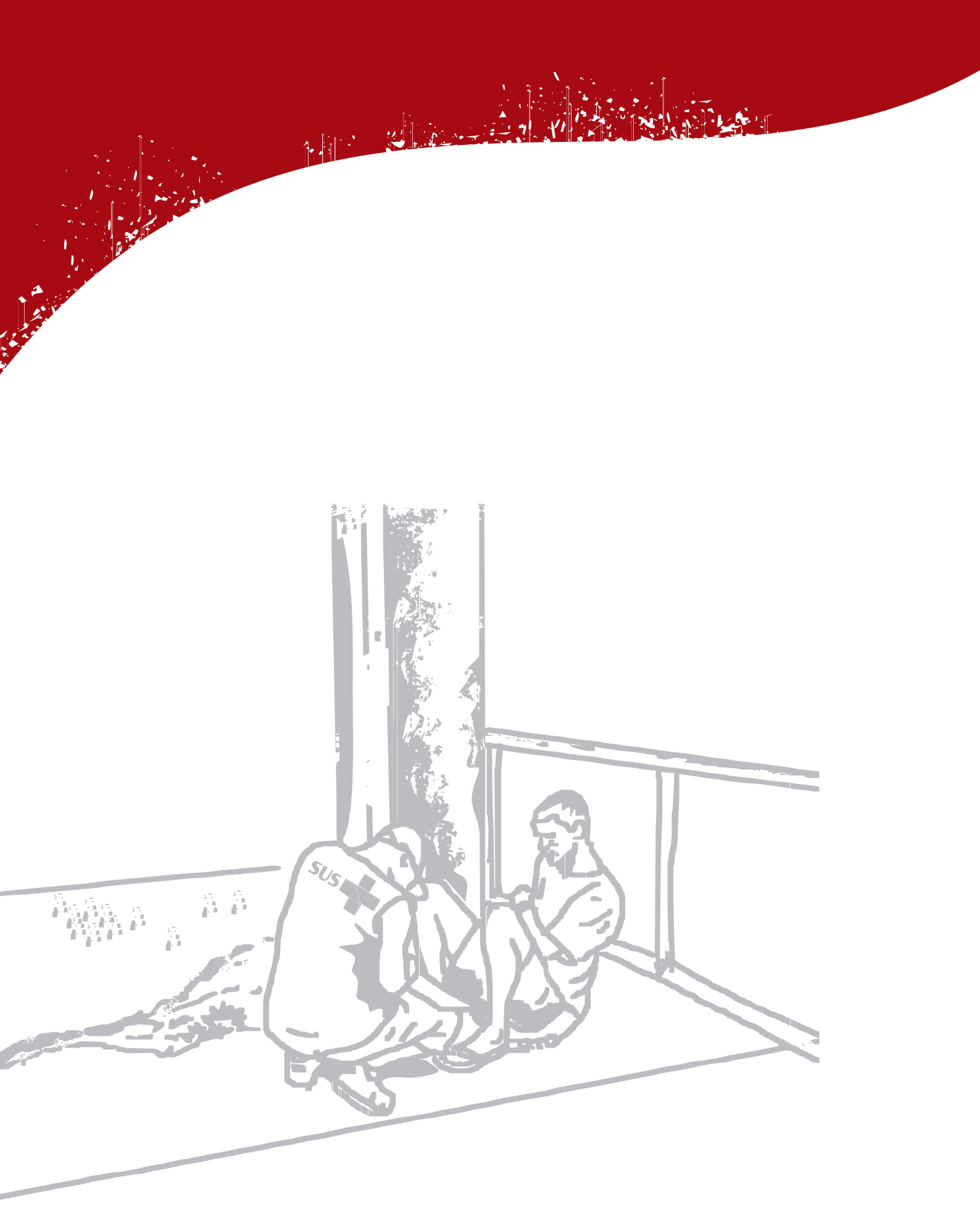
cipais vias de acesso a esses medicamentos. Daqueles que os utilizavam, 48,6% afirmaram conseguí-los por esse meio. Quando doentes, 43,8% procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuravam o posto de saúde. Esse dado demonstra o quanto os Consultórios de Rua e outras estratégias de atenção primária devem se aproximar do usuário em situação de rua.

Sobre os hábitos de higiene, os principais locais utilizados por esse público para tomar banho foram a rua (32,6%), os albergues/abrigo (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%). Os principais locais utilizados para fazer suas necessidades fisiológicas foram a rua (32,5%), os albergues/abrigo (25,2%), os banheiros públicos (21,3%), os estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%).

Sobre a posse de documentação, 24,8% das pessoas em situação de rua não possuíam quaisquer documentos de identificação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. A grande maioria não era atingida pela cobertura dos programas governamentais: 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais.

Em relação às discriminações sofridas, as pessoas citaram, em ordem de prevalência, serem impedidas de entrar em estabelecimento comercial, shopping center, transporte coletivo, bancos, órgãos públicos, receber atendimento na rede de saúde e tirar documentos.

Apesar de esses dados extraídos do sumário executivo do censo de população em situação de rua (BRASIL, 2009) constituírem um diagnóstico da realidade da população em situação de rua em muitos municípios brasileiros, é importante considerar que o período apurado pode não mais retratar a realidade atual, tendo em vista a característica migratória dessa população, a mudança de estratégias públicas dirigidas a ela e outras variáveis sociais que dão novas facetas ao fenômeno. Assim, a equipe do Consultório na Rua deve se esforçar em buscar outros diagnósticos acadêmicos e institucionais para melhorar seu olhar técnico e humano sobre essa população.



VÍNCULO NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

3

Júlio Lanceloti

Os muitos anos em que convivo com a população em situação de rua me ensinaram bastante. Aprendi que é impossível conviver sem estabelecer vínculos que humanizem e facilitem o encontro e possibilitem respostas.

Estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e uma dimensão humana que podemos desenvolver. Alguns pressupostos são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites.

Sabemos que não somos capazes de estabelecer vínculos positivos com todas as pessoas, por isso é bom trabalhar em equipes que avaliam constantemente suas ações. Não podemos tudo, precisamos conhecer nossos limites e possibilidades.

O vínculo é irmão da gratuidade, sabe esperar o tempo do outro, perceber os pequenos passos que possibilitam, não é imediatista nem coisifica as pessoas para contabilizar êxitos e respostas obtidas.

A convivência com a população em situação de rua ensina a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, não é o cuidado não utilitarista, mas a resposta que humaniza e vincula que pode oferecer as melhores conquistas.

Muitas vezes, vemos o problema como se nele se esgotasse a pessoa. Sempre repetimos, por exemplo, o problema não é o crack, é a vida. Queremos resolver o sintoma, e não a questão fundamental. As questões fundamentais podem ser entendidas e encaminhadas a partir da vinculação, que, muitas vezes, é a melhor medicação, pelo menos para começar!

Quando a população em situação de rua percebe o cuidado para consigo, é que você olha para a vida, e não só para a ferida, ela se deixa ver. A ferida ou a doença é mais do que a dor de estar doente, é a dor de existir na situação que provoca essa dor e sobreviver assim. Nossa capacitação técnica tem que ser acompanhada da nossa capacidade de acolher sem tantos critérios para excluir!

Os vínculos são inclusivos, importantes não tanto em programas e projetos, mas no existir para o outro. A população de rua está cansada de ser tratada de maneira fria e tecnicista, não se estabelece vínculo que humaniza em atendimento compartimentalizado onde a pessoa é encaminhada, e não acompanhada, onde se transforma em dados, fichas e deixa de ser o que é: pessoa.

Pessoa em um emaranhado existencial que nem sempre é possível decifrar, mas que é possível compreender, aos poucos.

Vínculo exige perseverança e permanência, estabilidade que gera segurança, previsibilidade

mesmo nos desafios que enfrentamos no dia a dia do trabalho e do viver. Vínculo revela conhecimento e reconhecimento. Não estranheza, mas pertença! Só quem pertence ao nosso mundo de significados estabelece vínculos conosco, e só assim estabelecemos vínculos com o outro.

A população em situação de rua desafia nossa capacidade de aceitação e convivência. Os que mais necessitam, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem, são também os que mais nos humanizam e preparam para as melhores ações.

Vinculação também é escolha, é seleção. Escolhamos, pois, os que nos humanizam e disponibilizam, sem medo.

Um bom profissional é em primeiro lugar uma pessoa, que humaniza a vida!



A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS TERRITÓRIOS

4

Alexandre Trino
Rosana Ballesterro Rodrigues
Antonio Garcia Reis Junior

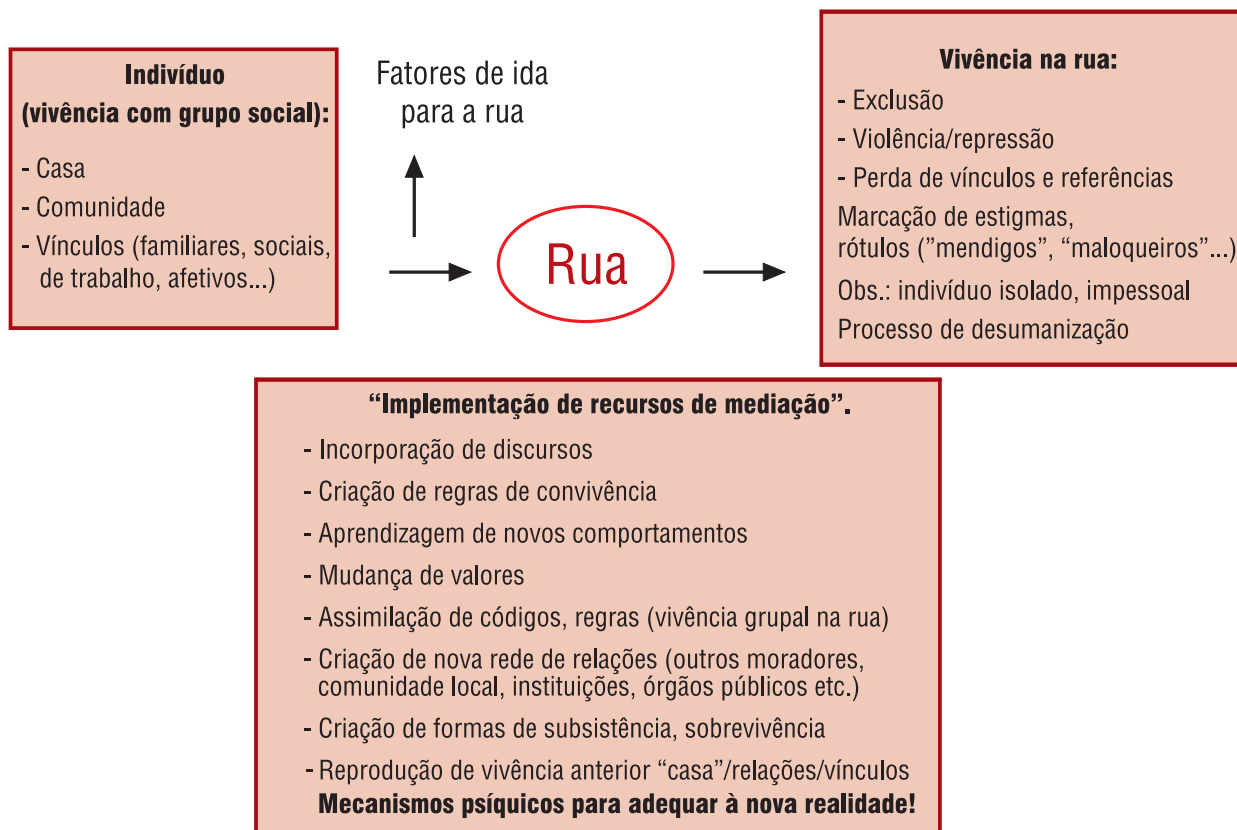
Entendendo que o indivíduo em situação de rua, no seu processo de exclusão, sofre rupturas familiares, sociais e afetivas, tendo que necessariamente vivenciar novas formas de se relacionar em contextos sociais marcados pela desumanização e caracterizados por estigmas, violência e segregação, o que o incita a ressignificar sua inserção no andar a vida, consideramos importante ressaltar o gráfico a seguir, no qual a psicodinâmica da vida nas ruas¹ representa um conceito de construção de resiliência e que deve ser entendido pelo profissional sob o prisma de como essa população se move nos seus contextos relacionais.

Diante dessa realidade, o indivíduo sente a necessidade da busca de mecanismos psíquicos de adaptação que possibilitam conviver com a nova realidade que a ele se impõe, construindo uma resiliência, que, como define Grotberg (1995), é a “capacidade universal humana para enfrentar as adversidades da vida, superá-las ou até ser transformado por elas”, implementando em si novos recursos de mediação.

¹Projeto Meio-Fio – Organização Médicos sem Fronteiras, 2004.

Figura 2 – Psicodinâmica da vida nas ruas

PSICODINÂMICAS DA VIDA NAS RUAS



Fonte: Projeto Meio Fio – Organização Médicos sem Fronteiras, 2004.

A figura acima nos faz refletir sobre a necessidade do enfrentamento dessa realidade, com políticas que compreendam o contexto da psicodinâmica da vida nas ruas, por meio de estratégias como os Consultórios na Rua. Esses dispositivos desenvolvem ações integrais de saúde *in locu*, visando a serem resolutivos perante as necessidades de saúde da população em situação de rua (PSR), realizando uma abordagem ampliada, que possibilite a essa população o acesso ao cuidado da sua saúde como um direito, e não mais como uma “caridade” ofertada. O direito à atenção integral à saúde, estendido a todo e qualquer brasileiro, é um princípio preconizado pelo SUS, advindo do sentido de democracia a ser incorporado pela sociedade e garantido pelo Estado.

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais dentro dos moldes instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (2011), e suas equipes deverão realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território adscrito ao qual se fez abordagem, desenvolvendo ações em parceria com as equipes das unidades.

Levando-se em consideração ser característica dessa população a circulação constante por diversos

territórios, é de suma importância a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pela equipe do Consultório na Rua, como também pelas equipes das UBS, de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário.

Algumas estratégias são essenciais para o trabalho com a PSR. Além de os profissionais de saúde necessitarem de abordagem diferenciada, há ferramentas e estratégias que podem subsidiar as equipes na abordagem específica.

Inicialmente, é preciso reconhecer quem é essa população em situação de rua, por meio de diagnósticos, censos, cartografias, mapeamento de área, ou seja, diferentes nomes e mecanismos para que a equipe de saúde possa identificar quem são as pessoas em situação de rua, onde elas costumam ficar, como se relacionam com a comunidade, os serviços públicos e estabelecimentos privados, como acessam os programas assistenciais, quais são as dificuldades que apresentam, quais os recursos comunitários disponíveis e que parcerias intersetoriais e interinstitucionais podem ser firmadas. Além dos estudos já citados na caracterização dessa população, a equipe deve tentar buscar dados de base local que sofisticuem sua compreensão sobre a clientela pela qual se responsabiliza, seja por meio de censos locais, estudos de organizações não governamentais e da sociedade civil como um todo, seja por meio de estudos antropológicos, sociológicos e etnográficos, conforme o de Mendes (2007).

Os problemas de saúde demandados pela PSR têm origem em situações complexas, cuja resposta necessita de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores. Nesse contexto, todas as variáveis envolvidas no uso e tráfico de drogas, a dificuldade de prevenção de certos agravos transmissíveis (como DST, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses) e agravos em saúde mental e a ruptura de vínculos na relação familiar são exemplos de que a equipe deve buscar envolver outros atores para conseguir realizar atenção integral à saúde dessas pessoas.

Os profissionais de saúde devem buscar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento, tais como problemas na limpeza urbana, falta de recursos para a economia solidária e escassez de equipamentos sociais direcionados ao apoio da população em situação de rua, de modo a oferecer melhores respostas a essas pessoas, contribuindo de forma mais efetiva para o desempenho clínico-assistencial.

Parece haver consenso sobre a importância da assistência em saúde não levar em conta somente os fatores biológicos, mas incorporar a estes os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como a subjetividade dos sujeitos, possibilitando, assim, uma produção de saúde integral mais efetiva.

Apesar desse pretensão consenso, nos serviços de saúde, a ideia de assistência ainda não contempla, necessariamente, atendimento humanizado. Para isso, o acolher, o acesso e o vínculo, enquanto prática política e terapêutica, precisam fazer parte da agenda em saúde na perspectiva de enxergar o sujeito de direito com vistas a garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso, respaldados pela Constituição de 1988, pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990 e reforçados pela nova Política Nacional de Atenção Básica de 2011. Nesse sentido, ressaltamos ainda o Decreto nº 7.508/2011, que cria as regiões de saúde e define a oferta de serviços e a relação hierarquizada deles, estabelecendo a atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS, pela qual os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde.

Na dimensão do acesso do usuário em situação de rua, vale ressaltar que esse grupo social normalmente se reporta ao serviço de saúde em situações emergenciais, não reconhecendo seu corpo doente

até que o sintoma paralise suas atividades diárias. Assim, diante das especificidades do atendimento a essa população, mesmo sem consulta marcada ou encaminhamento para marcação de consulta – no fluxo hierarquizado de referência e contrarreferência –, esse usuário deve ser acolhido para que consiga alguma orientação, conforto e encaminhamento para a resolução de seu problema. Caso contrário, sua circulação/acesso pela rede poderá ficar impossibilitada perante os inúmeros procedimentos impessoais e burocratizados.

O fato de ter ocorrido procura pelo serviço sinaliza reconhecimento pelo usuário da oportunidade de cuidado, de construção de vínculos positivos.

Abaixo, citamos alguns pontos importantes para auxiliar o profissional de saúde no atendimento integral à PSR:

- Concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco;
- Incorporação das ações programáticas, incluindo acesso às redes sociais;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação;
- Para a organização desse modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso etc.);
- O trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes.

Considerando as fases das diretrizes do cuidado junto à população em situação de rua, o diagnóstico situacional inclui, além da escuta direta das pessoas que compõem nosso público-alvo, a utilização das informações colhidas em território no processo de cartografia, tais como: locais de maior concentração e faixas etárias da população em situação de rua, fluxos de trânsito vinculados aos horários associados à alimentação, ao sono, presença de policiamento e tráfico/consumo de drogas, detectando também as áreas críticas, no que se refere à violência, observando demandas de saúde, coexistência de transtornos mentais sem tratamento, prostituição e uso abusivo de álcool e drogas.

A dinâmica desses percursos, a escuta dessas demandas e o estabelecimento necessário de compromisso diante de algumas delas, de acompanhamento contínuo, podem representar para a equipe a necessidade de intensificar a sua presença em determinados territórios. O conhecimento gradativo, a apresentação do serviço, a constituição de etapas fundamentais da formação do vínculo para acompanhamento tornam, ainda mais singular, cada microárea.

Com base nessas informações, a fase do diagnóstico instrumentaliza o planejamento das ações da equipe do Consultório na Rua, com vistas a reconhecer as especificidades das subáreas identificadas no território, com fluxo e perfil diferenciados, nas quais os processos de trabalho devem ser focados, gerando práticas orientadas às demandas de cada uma das realidades observadas.

Assim contextualizado, o diagnóstico deve possibilitar à equipe um olhar focado em um tripé: **território, grupo social e singularidade do sujeito**.

Território: compreendendo-o como processo e para além de sua extensão geográfica, representa uma complexidade de fatores que, no diagnóstico situacional da rua, devem ser considerados. Frente aos diversos perfis e olhares, a equipe do Consultório na Rua deve ampliar sua percepção no sentido de reconhecer nesse contexto as variáveis sociais, culturais, demográficas, sanitárias, administrativas, políticas, econômicas, entre outras, de valiosa importância na construção do planejamento da equipe.

Desta forma, a noção de território em suas várias dimensões, tais como o “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida). Na prática, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, se interpenetram e, às vezes, se tensionam. Um exemplo é o que ocorre nas chamadas “cidades-dormitório”, e outro é o dos territórios escolhidos/inventados pelas pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012).

Autores como Barcellos (2007), Mendes (2007), Mehry (2002) e outros consideram que, no campo da saúde, o território e suas variáveis representam um fator relevante para a compreensão do conceito de risco, pois levam em consideração múltiplas dimensões das condições de vida que cercam as pessoas em seus contextos sociais.

Assim, citamos abaixo alguns pontos importantes relacionados ao território que devem ser observados pela equipe na realização do diagnóstico:

- Forma como a população em situação de rua circula no território;
- A relação da comunidade com essa população;
- Características geográficas, econômicas e sociais;
- Aspectos históricos e políticos;
- Divisão administrativa;
- Condições de vulnerabilidade e violência;
- Condições sanitárias e ambientais;
- Determinantes de saúde e doença;
- Cultura local;
- Equipamentos existentes no território (governamentais e não governamentais).

Grupo social: considerando ser a população em situação de rua, um grupo social que tem a maioria de seus direitos negados por um processo de exclusão social, ao qual Castel (1997, p. 28-29) denomina de “sobrantes”, indivíduos “que foram inválidos pela conjuntura econômica e social dos últimos vinte anos e que se encontram completamente atomizados, rejeitados de circuitos que uma utilidade social poderia atribuir-lhes”.

No entanto, apesar da realidade citada acima, verificamos que pela convivência grupal – que é necessidade fundamental do ser humano – na rua essa população ressignifica suas relações sociais, constituindo novos grupos que se caracterizam por identidades definidoras de comportamento e da necessidade da sobrevivência.

Assim, é comum encontrarmos os indivíduos em situação de rua acompanhados ou próximos das mesmas pessoas, dormindo nos mesmos lugares, reconstruindo vínculos afetivos, que em muitas das vezes reproduzem o contexto familiar, até com denominações peculiares, tais como: família da rua, irmão da rua, mãe/pai da rua, filho da rua.

Dessa forma, citamos abaixo alguns pontos importantes relacionados ao grupo social que devem ser observados pela equipe na realização do diagnóstico:

- Necessidade de identificar se o indivíduo está ou não vinculado a outra pessoa ou a algum grupo social na rua;

- Faixa etária do grupo ao qual o indivíduo encontra-se inserido;
- Relações de gênero estabelecidas nos grupos;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Atividades econômicas;
- Possíveis envolvimento com ações ilícitas;
- Condições de risco e vulnerabilidade;
- Potencialidades do grupo social;
- Fluxos de circulação dos grupos no território;
- Prostituição masculina e feminina;
- Relações com o comércio e a comunidade local.

Singularidade do sujeito: cada ser humano traz consigo a marca da sua história e trajetória de vida, o que determina a sua singularidade. A partir desse princípio, o profissional de saúde que trabalha com população em situação de rua não pode deixar de considerar todos os aspectos subjetivos que contribuem para construir a identidade do sujeito e o lugar que hoje ocupa na sociedade e em seu contexto de vida.

Reconhecer que o indivíduo em situação de rua tem uma história que em algum momento o levou para a rua, é fator primordial para a realização do diagnóstico por parte do profissional de saúde. Vale ressaltar que nos dias de hoje encontramos nos contextos urbanos os chamados “filhos” e “netos” da rua, pessoas que já nasceram e se criaram em situação de rua, tendo menores oportunidades de inclusão social.

Dessa forma, citamos abaixo alguns pontos importantes relacionados à singularidade do sujeito que devem ser observados pela equipe na realização do diagnóstico:

- História de vida do sujeito;
- Vínculos familiares;
- Queixas e demandas principais de saúde;
- Potencialidades do indivíduo;
- Grau de instrução;
- Origem do sujeito;
- Faixa etária;
- Tempo em situação de rua;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Condição de saúde (sofrimentos emocionais, doenças crônicas, dermatoses, tuberculose etc.);
- Uso de medicamentos;
- Forma de geração de renda;
- Riscos e vulnerabilidades.

Para realizar o diagnóstico conforme acima descrito, a equipe deverá construir um **planejamento de ações diárias**, como um roteiro a ser seguido em território na abordagem ao usuário. Esse roteiro deve contemplar os pontos de atendimento que serão realizados pela equipe a cada dia da semana, bem como outros fatores relacionados ao seu processo de trabalho no contexto de cada território, levando em consideração os diferentes perfis de grupo e observando os critérios para a gestão de riscos eminentes no atendimento *in loco*.

A seguir, desenvolvemos orientações de ferramentas para processos de trabalho que devem nortear as equipes do Consultório na Rua no que se refere à cartografia, abordagem e acolhimento.

4.1 CARTOGRAFIA

Iacá Macerata
Claudia de Paula
Laila Louzada
Ana Lúcia Gomes

Entendemos Cartografia como a leitura de diversos mapas existentes no território traduzindo-se por informações, impressões, observações, sinalizações, sentimentos que contribuem para a construção de um certo campo produtor de subjetividades e devem ser levados em consideração no dinamismo dos diversos contextos da rua.

A grande função da cartografia é criar uma imagem para a equipe que não necessariamente vai dar conta de todos os fatores que compõem esse território; a equipe deve procurar se familiarizar com ele. Pode fazer desenhos da área, construindo uma imagem própria do território, e essa imagem é dinâmica, vai mudar e é importante que mude.

A primeira etapa da construção do diagnóstico é a cartografia do campo de atuação das Equipes dos Consultórios na Rua. O diagnóstico possibilita aos profissionais aproximarem-se do território, sistematizando suas percepções acerca das condições geográficas, epidemiológicas, culturais, sociais e econômicas que repercutem no modo de vida daqueles que habitam esse espaço (BARCELLOS; MONKEN apud FONSECA, 2007). E, ainda, entender os processos e fatores que constroem esse território da maneira como ele nos apresenta.

A segunda etapa é o momento em que a equipe se aproxima das pessoas que compõem o campo de atuação do território cartografado e escuta suas demandas manifestas, iniciando um processo de vinculação, para, posteriormente, construir nessa relação de vínculo as demandas desse público. É importante que a presença dos profissionais não represente – e nem seja – um fator ameaçador para aquele território. Isso coloca em risco a possibilidade do desenvolvimento do trabalho.

A cartografia integra perspectivas, olhares, paisagens de vida, buscando, dessa forma, mapear com respeito e competência as diversas camadas de significações apresentadas pela rua.

Em um primeiro momento, a escuta é mais geral, é em verdade a construção de um olhar abrangente do território – a cartografia – dizendo respeito ao território de forma mais ampla. Em um segundo momento, constrói-se o diagnóstico e a escuta é feita diretamente com as pessoas que compõem o público-alvo, a partir da formação de vínculo e de uma relação de cuidado. O diagnóstico, elaborado através da cartografia, levanta e constrói, nessa relação, as demandas desse público e com esse público.

É necessário conhecer e familiarizar-se minimamente com o território no qual se vai atuar. Essa cartografia que aqui apresentamos diz respeito ao conhecimento e à apropriação desse território pelas equipes do Consultório na Rua, uma via fundamental para o acolhimento da população e para a construção do processo de trabalho.

Nessa cartografia, as equipes tratam de identificar pontos importantes relativos à população em situação de rua nos territórios, no que diz respeito à concentração dessa população em pontos específicos, ao perfil dela em cada uma das regiões identificadas, aos fatores de risco à saúde e fatores de vulnerabilidade nos territórios, as instituições parceiras que atuam com a referida população, as instituições que podem vir a se constituírem como parceiras, e aos espaços e fóruns de

discussão acerca deste público e/ou de questões que atravessam essa temática.

O processo de construção da cartografia deve ser a ação inicial da equipe do Consultório na Rua em território. A cartografia deve ser feita a partir de saídas da equipe pelo território, dividida em pequenos grupos (formação que favorece a segurança), observando a dinâmica da rua e da população de rua nas regiões e/ou microrregiões, bem como identificando instituições e órgãos potencialmente parceiros para o trabalho.

Ressaltamos que, para este trabalho, faz-se necessário que a equipe tenha uma postura de atenção e análise dos movimentos que geralmente passam despercebidos por quem transita apressadamente por esses territórios. A função do observador deve ser simplesmente observar, e tentar perceber o que não estava muito visível ao olhar comum que se tem sobre a rua, porém não devemos descartar o contato com a população de rua.

Para a sistematização das observações, os profissionais podem utilizar o instrumento roteiro de campo, contendo itens relacionados ao percurso realizado, perfil da população em situação de rua, vulnerabilidades identificadas nesse público e equipamentos sociais presentes na área. Além desse instrumento, o grupo pode registrar percepções aleatórias que surjam ao se inserirem nesses territórios, o que produz impressões acerca das dinâmicas destes, ajudando no processo de apropriação dessas áreas por parte da equipe. Lembramos que a dinâmica da rua apresenta-se de forma distinta em diferentes horários, portanto as áreas devem ser percorridas em diferentes turnos, a fim de observar a dinâmica da população em situação de rua no território.

A realização do trabalho da equipe do Consultório na Rua coloca em evidência a necessidade de estabelecer parcerias. A partir do reconhecimento dos equipamentos sociais e estreitamento das relações, torna-se possível construir redes de apoio no território potencializando a resolutividade dos serviços.

Os territórios não são totalidades estáticas, e sim campos vivos e dinâmicos. Justamente por isso entendemos a cartografia não como um desenho imutável, mas sim incluindo em seu formato as dinâmicas, os movimentos, os processos de determinado território.

A construção da cartografia como primeira etapa do diagnóstico deve contar com a participação de todos os membros da equipe do Consultório na Rua, sendo que, nesse momento, todos deverão atuar na mesma função, embora com olhares e perspectivas diversas. Essa cartografia é, portanto, a tentativa de construir um olhar comum, que não necessariamente é um olhar homogêneo, mas uma perspectiva compartilhada, que comporta a diversidade de olhares e que é pactuada e validada no coletivo das equipes. Essa pactuação coletiva tem a intenção de ser a principal ferramenta para realização de um planejamento/plano de trabalho para a tomada de decisões e validação dos processos de trabalho da equipe e na equipe.

4.2 ABORDAGEM E ACOLHIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Cláudio Candiani

Certo dia, uma equipe da assistência social em abordagem à população de rua ligou para a equipe de saúde da atenção básica pedindo avaliação de um paciente, desconhecido, deitado na rua há alguns dias. Lá chegando, o médico e a enfermeira encontraram-no confuso, com higiene precária e com sinais de pneumonia. Eles o levaram até o serviço de urgência de referência, mas a equipe de acolhimento recusava-se a atendê-lo, pois não tinha documentos. A equipe se responsabilizou pelo usuário, conseguindo que ele fosse admitido. No acolhimento, o médico recusou-se a avaliá-lo pelo estado de higiene precária. A equipe deu banho no paciente em banheiro indicado pelo assistente social. Finalmente avaliado e medicado, foi internado. Diariamente, o ACS visitava o paciente, que teve seu estado físico e mental melhorado, o que permitiu sua identificação. Após a alta, começou a ser acompanhado regularmente pela equipe da atenção básica.

Acolhimento é muito mais do que receber o usuário de forma acolhedora. Acolher é compreender a sua demanda para além da queixa principal apresentada, é perceber esse cidadão no seu contexto social e inseri-lo em uma rede de atenção à saúde em que a atenção básica é a coordenadora do cuidado.

Na abordagem inicial do usuário, a equipe deve priorizar uma observação e escuta qualificada, que necessariamente passam pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde.

Quando se trata de população em situação de rua (PSR), a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde e, quando muito, apenas é atendido nas emergências.

Dessa forma, a PSR, além de enfrentar uma variedade de barreiras para uso dos serviços de saúde, como a limitação, muitas vezes, tem dificuldade de identificar o local apropriado para procurar assistência. São poucas as equipes de saúde específicas e as eSF tradicionais, com a lógica hegemônica da territorialização rígida, nem sempre têm as portas abertas a esse grupo social. Os serviços de urgência, em sua maioria, são distantes e inacessíveis. Longas esperas podem significar perda de refeições ou acesso a abrigo. Processos complicados de registro que exigem identificação são fatores que

desencorajam a busca. A falta de simpatia/sensibilidade da equipe ou a inabilidade de um único local atender à variedade de problemas apresentados pelos moradores de rua são barreiras adicionais.

Algumas barreiras para a assistência:

1. Hospitais exigem acompanhante para a pessoa em situação de rua ser atendida;
2. As UBS tradicionais não costumam atender moradores de rua;
3. O SAMU, por considerar um problema social, muitas vezes tem dificuldade em atender pacientes que julgam ser em situação de rua;
4. Horários de consultas às vezes são incompatíveis com horários de sobrevivência na rua;
5. Profissionais de saúde alheios à realidade da PSR prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros;
6. Falta de vagas suficientes de psiquiatria em hospitais gerais para a população;
7. Dificuldades na dispensação de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los;
8. Serviços que deem suporte a usuários de álcool e droga em quantidade suficiente;
9. Falta habilidade para os profissionais trabalharem com a população em situação de rua;
10. Dificuldade no acesso a vagas em leitos de urgência;
11. Locais adequados para restabelecimento após alta hospitalar em quantidade suficiente;
12. Dificuldade dos usuários com a marcação de consultas especializadas, não tendo acesso à guia de referência quando marcadas as consultas;
13. Demora na marcação de consultas em algumas especialidades.

A produção de uma rede de cuidado traz consigo a proposta da humanização de ações e serviços de saúde e, como consequência, a responsabilização de todos os trabalhadores e gestores em construir, com os usuários, transformações concretas na prática cotidiana das unidades de saúde. Dessa forma, a rede de cuidado implica a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis, no âmbito do SUS, garantindo a integralidade e coordenação do cuidado como diretrizes importantes para a atual Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde.



ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

5

Alexandre Trino
Rosana Ballesterro Rodrigues

Os Consultórios de Rua são formados por equipes multiprofissionais da atenção básica e devem seguir os atributos desse ponto de atenção, como já citado anteriormente: ser porta de entrada preferencial, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado, prestando atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) *in loco*. Porém, quando necessário, deverá atuar em parceria com as equipes da Unidade Básica de Saúde responsável pelo território do campo de atuação onde for realizada a abordagem da equipe do consultório na rua, bem como com outros pontos de atenção da rede de saúde. Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pela equipe.

Redução de danos é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Vale ressaltar que, nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde.

De modo geral, atuar de forma a preservar direitos e promover vinculação positiva impactam nas condições de saúde individuais e coletivas dessas populações, inclusive potencializando a possibilidade de buscas futuras a tratamento para uso de drogas e resgate de cidadania. Tais tecnologias/estratégias de cuidado podem ser utilizadas em outros contextos do cuidado em saúde.

Considerando a definição das atribuições das categorias profissionais da atenção básica previstas na Política Nacional de Atenção Básica/Portaria nº 2.488, observamos a necessidade de ressaltar algumas atribuições específicas que são comuns aos diversos membros da equipe do Consultório na Rua para a atenção integral à saúde da PSR:

- Atendimento das demandas espontâneas ou identificadas pelo profissional/equipe;
- Ter boa capacidade de estabelecer contatos e vínculos;
- Visão sistêmica;
- Adequação da linguagem, utilizando discursos apropriados à realidade do usuário;
- Atuar sempre com disponibilidade para a escuta de forma ampliada e diferenciada;
- Articulação com as equipes das UBS referentes ao território de abordagem para encaminhamento e acompanhamento das demandas de saúde do usuário;
- Atuar de forma proativa, estimulando o usuário ao autocuidado;
- Articulação com a rede de saúde;
- Articulação com outras redes sociais;
- Desenvolver atividades de educação em saúde;
- Evitar julgamentos, críticas e/ou opiniões sobre a situação de vida do usuário;
- Observar o “comportamento” do usuário e do grupo, objetivando a garantia da sua segurança e da equipe;
- Observar o relato verbal e a comunicação não verbal do usuário;
- Registro com histórico do atendimento nos moldes da ESF;
- Atuar com estratégia de redução de danos;
- Fazer busca ativa de agravos prevalentes na rua, priorizando a tuberculose, DST, hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros;
- Realizar atividades em grupo.

A atividade multiprofissional *in loco* requer a realização de procedimentos que não demandem maior privacidade. Sendo possível, nesse contexto, ações como entrevista inicial para anamnese, orientação e promoção de saúde, curativos de pequeno porte, atendimentos/avaliações clínicas não invasivas, atendimento em conjunto com os profissionais da equipe, com as equipes das UBS e com os NASFs. Vale ressaltar que essas atividades possibilitam cuidado à saúde e maior integração com os usuários, a construção de vínculos que estimulem a autonomia e a autoestima, favorecendo a abordagem específica e discussões de temas de interesse comum ao grupo e viabilizando, também, a busca de alternativas para as problemáticas vivenciadas no contexto da rua.

A equipe do Consultório na Rua deve organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da ECR e interequipes (NASF, CAPS etc.), realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, a resolutividade das ações e a gestão do cuidado.

Apesar da importância de todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Consultório na Rua, consideramos relevante citar as atribuições de duas novas categorias profissionais que se inserem nesse serviço, quais sejam o agente social e o técnico de saúde bucal (TSB).

Entende-se por agente social o profissional que desempenhe atividades que visam a garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. Recomenda-se que esse profissional tenha experiência em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua, além de habilidades e competências para:

- Trabalhar junto a usuários sobre o tema de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre redução de danos;
- Articular junto à rede de saúde;
- Realizar articulação intersetorial;
- Apoiar o desenvolvimento da autonomia;
- Realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas);
- Acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua.

O técnico em saúde bucal (TSB) da equipe do Consultório na Rua deverá desenvolver suas ações em articulação com uma equipe de Saúde Bucal Modalidade I ou II, da Estratégia Saúde da Família ou outras estratégias de organização da atenção básica da área correspondente ao campo de atuação do Consultório na Rua, conforme definição do gestor local. A equipe de Saúde Bucal deverá se responsabilizar pelo atendimento da população e programar atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da equipe do Consultório na Rua. As atividades do TSB serão extraclínicas, com a supervisão indireta do cirurgião-dentista.

As atividades extraclínicas do TSB devem estar de acordo com suas competências técnicas e legais da profissão. Seguem abaixo as principais ações a serem realizadas na equipe do Consultório na Rua:

1. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe do Consultório na Rua, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
2. Realizar ações educativas, atuando na promoção de saúde e prevenção de doenças bucais;
3. Encaminhar e agendar pacientes para a equipe de Saúde Bucal;
4. Desenvolver em equipe ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando à melhoria da qualidade de vida da população;
6. Organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.

A seguir, contextualizamos dois relatos de experiências que ilustram a abordagem multiprofissional.

5.1 RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Uma Escola de Vida

“O saber daquele que nada sabe.” (Sócrates)

Angélica da Silveira

Apesar de já passados muitos anos, ainda me recordo do sentimento de interrogação e indignação que senti diante do título de um artigo... “Por sorte, existem moradores de rua”. O enfoque do texto, algo religioso e assistencialista, não me agradou. Mas o tempo me mostrou, sem falso moralismo, que

a população em situação de rua é sim uma bela escola de vida.

Desde os primeiros contatos com essa população, percebi que meus conceitos e valores seriam confrontados a cada atendimento. Não foram poucas as vezes em que precisei me calar para ouvir, como dizia Sócrates, o “saber daquele que nada sabe”. Citando apenas um exemplo, relato minha agonia e preocupação durante os meses de gravidez de uma jovem de 20 anos, grávida pela primeira vez e em situação de rua desde a infância. Preocupei-me com o enxoval, com o lugar que a abrigaria juntamente com o bebê, com sua alimentação durante a gravidez e com a confecção de documentos, para que o filho pudesse ter um registro de nascimento. Ela parecia não dar a menor importância a tudo que eu dizia e não se movia para tomar as providências necessárias. Só percebi que estava no caminho errado quando ela me disse: “Porque você se preocupa tanto com isso? Eu vivi sozinha na rua a minha vida toda e estou muito bem! A única coisa que me preocupa é se vou conseguir ser MÃE para esta criança!” Foi um balde de água gelada... ou melhor, foram baldes e mais baldes durante muitos anos...

Não se pode negar que, à primeira vista, um grupo de moradores de rua é um triste espetáculo que faz vir à tona nossos sentimentos mais solidários e de compaixão. A possibilidade de ser um profissional em condições de ajudá-los nos dá, a princípio, o estímulo necessário para mergulhar naquele novo mundo.

O serviço social possui as ferramentas para reinseri-los socialmente, por meio dos projetos de formação e emprego, busca das origens familiares e referências antigas, feitura de documentos, escuta, aconselhamento, orientação e acompanhamento. Pode parecer muito, mas pode ser muito pouco. Com alguns, percebe-se que é impossível conseguir algum resultado positivo, e a frustração aparece inevitavelmente. Vem a vontade de largar tudo. Vem um turbilhão de sentimentos: cansaço, raiva, pena, culpa etc. Somente a experiência nos mostra que não somos nenhum monstro por sentirmos tudo isso. A complexidade dos casos, aliada aos poucos recursos de que dispomos na rede de saúde e assistência social, leva-nos, frequentemente, a questionar a qualidade da nossa formação profissional e, muitas vezes, a uma baixa autoestima. É preciso ter consciência de todos os elementos envolvidos para o sucesso no acompanhamento de uma pessoa em situação de rua para que não se tome para si toda a responsabilidade dos casos malsucedidos.

A começar pela população em geral, as pessoas em situação de rua são sempre vistas como um grupo indesejável. Os usuários das unidades de saúde não se sentem bem em dividir o mesmo espaço; as famílias têm medo quando um deles está em frente à sua casa; os comerciantes querem vê-los longe para não espantar a freguesia; algumas políticas públicas querem tirar deles a liberdade de ir e vir para que não enfeiem a cidade. A violência física e moral estão em todos os lugares. E violência gera violência... Nesse círculo que se forma, vê-se a formação de um grupo repleto de contradições. Uns plenamente organizados, com leis, valores e hierarquia próprios, dormindo reunidos para se protegerem, dividindo o pouco que têm. Outros onde a solidão toma conta, os roubos e agressões se repetem.

Enfim, cada pessoa em situação de rua tem sua própria história e sua própria forma de lidar com ela. A maioria se viu forçada a ir para rua em decorrência de transtornos mentais, dependência química ou desajustes familiares. Algumas se “acostumaram” e não se veem mais vivendo dentro de quatro paredes, outras anseiam em voltar para casa, mesmo que ela não exista mais. A nós profissionais de serviço social cabe desenvolver a capacidade de perceber onde e quando intervir, sem a ansiedade de querer resolver todas as questões que envolvem a vida de um morador de rua. É possível fazer uma boa intervenção, com ações aparentemente simples. E aprender a valorizar as pequenas conquistas

também evita que a frustração tome conta. O simples fato de chegarem no dia e horário agendado para uma consulta, em alguns casos, pode ser uma grande vitória!

Mas é por meio do trabalho interdisciplinar que conseguiremos sempre os melhores resultados. O atendimento a uma pessoa em situação de rua requer a união de vários profissionais. Uma vez na rua, nenhum aspecto mais daquela vida pode ser abordado individualmente. O sucesso no acompanhamento dos casos dependerá da nossa capacidade de dividir, respeitar e se apoiar nos diversos saberes!

5.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO INTEGRADA DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

Construindo um Caminho de Volta

Branca Eliane Bittencourt
Vera Lúcia Martins



Bernardo já estava uma árvore quando eu o conheci.
Passarinhos já construíam casas na palha do seu chapéu.
Brisas carregavam borboletas para o seu paletó.
E os cachorros usavam fazer de poste as suas pernas.
Quando estávamos todos acostumados com aquele
Bernardo-Árvore, ele bateu asas e avoou.
Virou passarinho.
Foi para o meio do cerrado ser um araquã.
Sempre ele dizia que o seu maior sonho era
ser um araquã para compor o amanhecer.

Manoel de Barros

Nas sociedades contemporâneas, nos grandes centros urbanos, os loucos errantes, se silenciosos e solitários, dirigindo-se apenas a seus interlocutores imaginários, podem ser vistos transitando num anonimato extremo, às vezes, quase mimetizados ao ambiente, à margem do ir e vir previsível e planejado do cidadão comum.

O caso W, que este trabalho pretende apresentar, retratou perfeitamente essa descrição durante os 12 anos de sua trajetória pelas ruas de Belo Horizonte.

Trata-se de um sujeito portador de sofrimento mental, cujo percurso desde a ruptura ao restabelecimento possível dos laços sociofamiliares agrega três aspectos cruciais. São eles a psicose, a surdez e um longo tempo de moradia na rua.

O desencadeamento da psicose levou W a buscar na rua uma solução para seu sofrimento psíquico. Já nos primeiros contatos, evidenciava-se que o caso era perpassado pela presença de um sofrimento mental. Além do apego aos fragmentos de objetos recolhidos nas ruas e peculiarmente organizados

e armazenados, W guardava as refeições novas que lhe eram oferecidas e alimentava-se de comida deteriorada. Em certos períodos, quando a mãe se aproximava, ele demonstrava que não a reconhecia.

As diversas intervenções com seus avanços e retrocessos, que tornaram necessária a reinvenção das ações propostas para a consolidação do projeto terapêutico de W, demonstram a importância da articulação de uma rede composta por diversos atores.

Após 12 anos na rua e quase dois anos de intervenção do CAPS, em julho de 2006, W finalmente voltou para casa. Desde outubro/07 referenciado à equipe daESF da unidade básica, continua em tratamento. Encontra-se inserido, com a mãe, em escola para aprendizagem e aperfeiçoamento de libras, onde também frequenta oficinas terapêuticas. Sob iniciativa dele e de sua família, busca-se atualmente sua inserção no mercado de trabalho por meio de vagas destinadas a portadores de deficiência.

Temos convicção de que o desfecho da história deste caso clínico não teria sido o mesmo sem a articulação de ações intersetoriais, que envolveu atores e serviços diversos: a família de W, a equipe de abordagem de rua, as equipes de Saúde Mental e ESF do Centro de Saúde Carlos Chagas, o CAPS e a equipe da ESF do Centro de Saúde Ribeiro de Abreu.

O sucesso das intervenções esteve fortemente associado à capacidade de as equipes envolvidas romperem com o lugar comum de sua prática cotidiana e, assim, serem capazes da reinvenção necessária levando em conta a especificidade da história de W.

Ao CAPS coube, de início, compreender a singularidade da demanda e, a partir daí, ampliar o conceito de crise, sem repetir o engodo histórico que remete à associação da loucura com a periculosidade. Nesta, o louco representaria risco para si ou para terceiros e o que estaria em questão seria a urgência em debelar o perigo e proteger a sociedade. Em “Saúde Loucura”, Nicácio (1989, p. 98) enfatiza que “as pessoas são atendidas porque estão mal e não porque são perigosas; a responsabilidade dos serviços é em relação ao sofrimento, e não à periculosidade – isso quer dizer que temos uma responsabilidade terapêutica”.

Entre os fatores propiciadores de uma estabilização que permitiu a W abdicar da barreira concreta de proteção que construíra para si, com os recursos que a psicose lhe permitia, ressaltamos a importância do restabelecimento de uma comunicação mais eficaz, por meio da entrada de uma técnica de enfermagem do CAPS que domina a linguagem de sinais, da obtenção do engajamento de W ao tratamento e da possibilidade do uso minimamente sistemático de uma medicação adequada.

A flexibilidade constituiu característica permanente durante a condução do projeto terapêutico de W, construído sobre os princípios do respeito ao sujeito, sua singularidade e liberdade, como norteadores das estratégias que visavam a conseguir o seu consentimento e engajamento voluntário ao tratamento. Sustentamos essa oferta, apesar de suas inúmeras voltas para a rua. Aliás, seu livre trânsito entre o CAPS e a rua foi um dos eixos da condução deste caso. Afinal, ainda conforme Nicácio (1989, p. 99), “está previsto o direito do cidadão de abandonar o tratamento e a obrigação dos serviços de não abandonarem esse cidadão a si mesmo”.

A história de W é, pois, um relato de que a reforma psiquiátrica é tarefa a ser construída por muitas mãos, no incansável atar e desatar dos nós que constroem, diariamente, a rede capaz de sustentá-la.

- Apesar de os transtornos mentais significativos não estarem presentes na maioria da população em situação de rua, são muito prevalentes. A avaliação psicossocial-deveria fazer parte de toda primeira consulta.
- Os usuários com transtorno mental mais grave necessitam que a equipe desenvolva ações no sentido de possibilitar o maior nível de autonomia possível.
- O trabalho em rede é essencial para a boa condução desses casos.



ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

6

David de Souza

*“A nossa casa é de carne e osso
Não precisa esforço para namorar
A nossa casa não é sua nem minha
Não tem campainha pra nos visitar
A nossa casa tem varanda dentro
Tem um pé de vento para respirar
A nossa casa é onde a gente está
A nossa casa é em todo lugar”*

(Arnaldo Antunes e
Celeste Moreau Antunes)

Rua e saúde

A vida na rua pode ser abordada como causa ou consequência de problemas de saúde. Há quem vá viver na rua e, por isso, adoeça e há quem adoeça e, por isso, vá viver na rua. Um morador pobre e doente de área rural pode acorrer a um grande centro urbano porque apenas ali há equipamentos de saúde dos quais necessita. Sem recursos para custear um alojamento, ele passa a dormir nas ruas. “Problema de saúde” foi a causa de ida para as ruas relatada por 7% dos entrevistados pela Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Por outro lado, a vida na rua pode precipitar problemas de saúde secundários ao aumento da exposição a riscos de doença, como vulnerabilidade às violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e muitos outros. O trecho retirado da pesquisa mencionada acima ilustra bem as dimensões possíveis de causa e consequência na relação da rua com a saúde por meio do exemplo do uso de álcool:

“A população em situação de rua costuma usar abusivamente o álcool, seja por comportamento e hábitos anteriores, seja pelos adquiridos em função da necessidade de não sentir frio e de esquecer as realidades adversas.” (BRASIL, 2009)

A vida na rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população mereça, sob diversos aspectos, abordagem específica das equipes de saúde. Alguns desses riscos estão listados abaixo, mas você é convidado, a partir de sua prática, a aprimorar essa lista. Literatura escassa no País e número ainda pequeno de pesquisas sobre o tema fazem com que a dinâmica da vida nas ruas das grandes cidades e os determinantes de saúde relacionados a ela sejam um campo sob muitos ângulos ainda pouco explorado.

- **Violências:** viver na rua e, portanto, sem abrigo ou proteção adequada, deixa os indivíduos mais vulneráveis às agressões de natureza física ou moral. Faz-se necessário constante estado de vigilância e preparação para “fugir” ou “reagir”. A perpetuação da pressão exercida sobre essas pessoas pode levar a diversas manifestações clínicas.
- **Alimentação incerta e em baixas condições de higiene:** segundo a pesquisa do MDS, uma em cada quatro pessoas vivendo nas ruas não consegue se alimentar diariamente. Nem sempre há meios de lavar as mãos antes das refeições. O uso de restos ou dietas exclusivamente à base de alimentos doados faz com que o consumo de nutrientes necessários seja irregular, levando a um estado nutricional inadequado.
- **Água de baixa qualidade e pouco disponível:** boa parte das pessoas que vivem nas ruas relata ingestão de água não potável em bicas, chafariz, torneiras de estabelecimentos comerciais e outros. A frequência de uso também é pequena, sendo comum o relato de aporte hídrico apenas uma vez ao dia, pela manhã ou à noite.
- **Privação de sono:** é difícil dormir na rua, seja por medo da violência, pelo desconforto gerado pelo frio ou pela dureza do chão. É preciso estar vigilante e protegido. Muitos optam por dormir durante o dia para poderem se prevenir da violência durante a noite.
- **Privação de afeição:** o relato de muitas pessoas que vivem nas ruas nos permite identificar alguns olhares por elas recebidos dos passantes. Olhar de medo, dos que apressam o passo, evitando uma abordagem; olhar de nojo, pela situação de higiene em que algumas se encontram; olhar de piedade, pelas condições de violação da dignidade sofrida; olhar de raiva dos que as culpabilizam pela própria condição; e o não olhar, ou seja, o olhar da indiferença. É comum para a equipe de saúde, ao abordar alguém à noite numa calçada de qualquer grande cidade, ser a primeira pessoa com quem ela conversará naquele dia.
- **Variações climáticas:** chuvas, ventos e principalmente o frio são fatores que geram sofrimento, dificultam consideravelmente a vida de quem vive nas ruas e precipitam problemas de saúde.
- **Cobertura limitada pelas equipes de Saúde da Família:** em muitas cidades, ainda não há equipes específicas para atender esse grupo social, cuja lógica de vida e deslocamento no território é particular. Com a implantação gradual das políticas de saúde específicas para essa população, a tendência é a ampliação da cobertura e a melhora na atenção à saúde.
- **Falta de tempo para buscar atendimento para o cuidado da saúde:** a maior parte das pessoas que usam a rua para viver trabalha no mercado informal. Lavar e guardar carros, recolher papéis e entulhos estão entre as ocupações mais frequentes. Na lógica de ganhar a cada dia o recurso que assegura a sobrevivência, torna-se mais difícil deixar o trabalho para buscar atendimento para cuidar da saúde. A pessoa que cata papel, por exemplo, recebe de acordo com o número de quilos obtido. Abdicar de uma manhã de produção para deslocar-se à Unidade Básica de Saúde significa, para muitos, a não obtenção do recurso para alimentar-se no dia seguinte.
- **Vergonha:** alguns moradores de rua relatam vergonha de buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde por conta de sua condição de higiene ou vestimentas malcuidadas. A pesquisa

do MDS revela que 19% deles já foram proibidos de entrar em estabelecimentos públicos. Deve-se prestar especial atenção a ações de preconceito e negligência que possam ocorrer nos espaços de atenção à saúde relacionadas ao fato de o usuário viver na rua.

- **Anamnese e semiologia:** colher informações clínicas de quem vive nas ruas tem desafios específicos. Ao ser perguntada há quanto tempo tem uma lesão de pele, uma pessoa pode responder que não sabe porque há muito tempo não se olha no espelho. Pode confundir febre e calafrios com as baixas temperaturas do vento da noite; aparentar emagrecimento porque suas roupas são doadas e acima do seu tamanho. Quando se tenta construir a linha de tempo do relato clínico, muitas vezes nos deparamos com enormes vazios, como se nada naquele período tivesse ocorrido na vida do entrevistado. É imprescindível que o profissional de saúde reconheça a necessidade da escuta qualificada para essa população e busque apoiar, sem imposições, a construção de uma história clínica, diagnóstico e projeto terapêutico adequados ao indivíduo.

- **Autocuidado:** a dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde e para buscar ajuda e a luta diária pela sobrevivência fazem com que muitas pessoas em situação de rua, mesmo visivelmente adoecidas, neguem estar com qualquer problema de saúde. Tal fenômeno não costuma se dar por dissimulação, mas pelo silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si. Nesse momento, se o profissional de saúde perguntar a um morador de rua com tosse, febre e desnutrição como ele vai de saúde, ele responderá: “Vou bem”. Caberá então como tarefa adicional às equipes de atenção à saúde dessa população apoiar o despertar do olhar do cidadão para si mesmo como alguém que pode encontrar uma nova “normalidade” de direito e de saúde, mais compatível com a vida e a dignidade humanas.

- **Internação e alta em serviços de saúde:** o percurso de uma pessoa em situação de rua num equipamento de urgência e emergência requer especial atenção. Comumente não há qualquer acompanhante que possa ajudar no relato do caso. A depender do serviço, pode haver tendência de menor atenção ao usuário pelo fato de ser egresso da rua. O momento de alta também é delicado, principalmente quando cuidados médicos, como curativos, manutenção de próteses e cateteres, sejam necessários na pós-alta. Os profissionais de saúde e a assistência social da unidade veem-se confrontados com o dilema de que, por um lado, é preciso abrir vaga para um novo usuário, mas, por outro, sabe-se que a situação de rua faz com que indicações de alta a partir unicamente de critérios clínicos nem sempre dão conta da necessidade do usuário.

- **Adesão ao tratamento e acompanhamento:** manter rotina de tratamento ou visitas a unidades de saúde para quem vive na rua costuma ser um desafio. A lógica de sobrevivência de se planejar um dia de cada vez atrapalha o retorno agendado à unidade. Pensar em um compromisso que ocorrerá em 15 dias é uma missão que exige esforço e, em muitos casos, será esquecida ou terá sua importância reduzida diante de sintomas que já se foram. O uso de antibiótico a cada oito horas, por exemplo, pode depender de uma gestão do tempo que a vida na rua dificulta ou não permite. Outro ponto é que a perda, a apreensão pela polícia ou o roubo dos pertences de quem mora na rua com frequência inclui remédios e prescrições.

Muito se tem discutido sobre a necessidade de desenvolver lógicas específicas para o atendimento a essa população. Não raro encontram-se argumentos contrários cujo núcleo é a crítica à

vida nas ruas. Teme-se que a implementação de ações de cuidado que reconheçam a rua como espaço de vida dessas pessoas, ainda que transitório, de algum modo estimule sua permanência nessa condição. Tal argumento é uma distorção da realidade. Um morador de rua que criou vínculos e recebeu atenção e cuidado de uma equipe de saúde na rua tem mais chance de reencontrar sua autonomia e deixar a vida nas ruas do que aquele que passivamente é aguardado nas Unidades Básicas de Saúde. Nesse sentido, é sempre útil ao profissional de saúde que lida com esse grupo social realizar o exercício mental de encadear causas de problemas de saúde originadas pelo fator “vida na rua”. Por exemplo:

Rua → Exposição à violência → Ferimento → Hemorragia → Choque hipovolêmico

Rua → Uso do álcool → Queda da própria altura → Broncoaspiração → Pneumonia

Rua → Baixa ingestão hídrica → Nefrolitíase → Dor lombar

Essa reflexão ajuda a manter claro o sentido de se redobramos os esforços que melhorem a atenção à saúde das pessoas que vivem nas ruas por conta de sua maior vulnerabilidade e exposição a riscos de saúde.

Infelizmente, a principal porta de entrada dessas pessoas no SUS são os serviços de urgência e emergência, quando condições crônicas mal cuidadas culminam em quadros agudos. A criação de vínculos com esse grupo social, respeitando sua autonomia, direito de escolha e evitando juízos morais, é um desafio difícil, mas possível para trabalhadores de saúde. Para tanto, o ponto de partida é o treinamento do olhar profissional que deve enxergar as pessoas na calçada como portadoras dos direitos de um cidadão brasileiro, nada mais e nada menos.



OS PROBLEMAS CLÍNICOS MAIS COMUNS JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

7

*“Tem mulheres corajosas,
Tem guerreiros ousados que puxam carroças
Ao longo do dia ou da noite
Trabalham sob sol, chuva, frio
Enfrentam todas as intempéries do tempo
Só não se faz saber o que seria do lixo neste país
Se não fosse esse trabalhador
Se não fosse nosso amigo catador”.*
(Tula Pilar Ferreira)

7.1 PROBLEMAS NOS PÉS

Cláudio Candiani

Durante uma manhã habitual da eSF para a população em situação de rua, o médico foi chamado para avaliar um homem de 45 anos na sala de curativo, pois a auxiliar estava muito preocupada com os pés dele. Tratava-se de usuário com longa trajetória de rua que acabava de chegar a Belo Horizonte. Tinha vindo “andando” de São Paulo. Quando retirou suas botas de couro, o médico pôde examinar seus pés. Eles estavam como se derretidos, escaldados, com forte odor, como se tivessem sido completamente queimados. O paciente relatava incômodo, mas não dor importante. Falou que só tinha essa bota e que, quando molhava, tinha que continuar andando com ela assim mesmo. O médico orientou lavagem diária dos pés na unidade e aplicação de antifúngico tópico. Explicou que ele apresentava algo chamado “pé-de-imersão”, infecção fúngica resultante da longa exposição à umidade. E que, com alguns dias de curativo, os pés iriam melhorar, mas que precisaria usar meias e trocá-las sempre que molhassem. Orientou local para doação de meias e sapatos na cidade. Após cinco dias de curativo, os pés já tinham melhorado bastante seu aspecto. A vinda diária do usuário à unidade possibilitou encaminhamento de várias outras questões apresentadas.

Questões a serem observadas:

Problemas nos pés são comuns nessa população por passarem muitas horas por dia em pé nas ruas ou andando. Além disso, os sapatos que recebem de doação, meias ou chinelos que costumam usar podem causar calos e abrasões, além de infecções fúngicas, que são muito comuns.

O local em que as pessoas em situação de rua encontram para se deitar, assim como a posição como deitam, costuma provocar edemas e estase venosa, que, combinados com picadas de insetos e machucados, podem levar a ulcerações e celulite.

Calos e clavus plantares são bastante frequentes na população em situação de rua e, pelo impacto na sua mobilidade, é algo que ganha grande importância no que se refere à saúde. Saber dos fluxos de encaminhamento para cirurgia ambulatorial e rede de abrigamento é importante, pois, após a retirada dos clavus, estarão impossibilitados de andar por alguns dias.

PROBLEMAS COMUMENTE ENCONTRADOS NOS PÉS DOS MORADORES DE RUA

Varicosidades e estase venosa	Celulites e erisipelas
Micoses	Calosidades
Clavus plantares	Pé-de-imersão ou pé-de-trincheira
Bicho-de-pé	Unha encravada

O que você deve fazer:

Como normalmente utilizam chinelo grande e têm muito contato com umidade, frequentemente desenvolvem fissuras e micoses. Antifúngicos orais podem aumentar a hepatotoxicidade em usuários de álcool, prefira os tópicos.

Vale ressaltar que a realização de curativos é um excelente momento para ampliar o vínculo e aprofundar a anamnese e, conforme a demanda, poderão ser realizados pela equipe do Consultório na Rua *in loco*.

No caso de varizes, a orientação de deitar-se durante o dia com pernas elevadas por alguns minutos poderá ser avaliada junto com o usuário, pois, apesar de nem sempre ser possível nos grandes centros, em parques normalmente é viável.

É importante conhecer a rede de doações e, sempre que necessário, acessar a assistência social para que o usuário tenha acesso a meias, calçados e meias elásticas.

Mensagem-chave:

Sempre avalie os pés e pernas dos moradores de rua, a mobilidade é essencial para a sobrevivência nas ruas.

7.2 INFESTAÇÕES

Claudio Candiani

A dificuldade de acesso a locais para higiene pessoal, principalmente no que se refere a banho e lavagem de roupas, propicia que infestações como piolhos de corpo, de cabeça e escabiose sejam agravos frequentes no que se refere à saúde da população em situação de rua.

Questões a serem observadas:

INFESTAÇÕES COMUMENTE ENCONTRADAS PELOS MORADORES DE RUA	
<i>Pediculus corporis</i> (piolho de corpo, muquirana)	<i>Pediculus capitis</i>
<i>Pthirus pubis</i>	Escabiose (sarna)

O tratamento torna-se difícil por causa da reexposição diante das condições dos locais de dormida e higiene das roupas. Ressaltamos ainda que picadas de insetos podem levar a abscessos locais, impetigos e celulites.

No caso de tratamento local, deve-se ter atenção com o tetmosol (monossulfiram) pelo risco de reação em usuários de álcool. Ivermectina é uma boa opção para o cuidado, podendo ser usado ainda o benzoato de benzila.

Ações que podem ser realizadas:

- Orientar os albergues quanto aos cuidados com roupas de cama, evitando o rodízio delas sem higienização;
- Mapear locais de doação de roupas na cidade;
- Utilizar dosagem de ivermectinade 2cp de 6 mg em dose única;
- Unidades Básicas de Saúde que atendam a população em situação de rua com estrutura apropriada de banheiros que possibilite ao usuário o acesso à higiene pessoal;
- Articulação com outros equipamentos que possibilitem a higiene pessoal e a lavagem de roupas.

7.3 TUBERCULOSE

Cláudio Candiani

EAD era paciente conhecido da eSF para a população em situação de rua de Belo Horizonte há alguns anos. Apresentava esquizofrenia e fazia uso de crack, tinha família no interior do Estado e já morava nas ruas de BH há vários anos. Aposentado por invalidez, usava toda a aposentadoria para comprar crack no dia em que recebia. Era acompanhado pela equipe de apoio de saúde mental também, numa política de redução de danos. Tendo iniciado tosse persistente, fez Baar na unidade e, no dia seguinte, feito diagnóstico de tuberculose (TB). Tentou-se internação social em hospital de referência de TB em Belo Horizonte, mas foi negada pela concomitância de transtorno mental, o hospital estava sem psiquiatria na ocasião. Foi realizada uma reunião com abordagem de população de rua, eSF para a população em situação de rua, equipe de Saúde Mental e iniciou-se tratamento com DOTS possível. O paciente seguiu bastante irregular em seu tratamento, sumindo várias vezes. A equipe priorizou o caso em seus registros clínicos e buscou várias parcerias. Mesmo dormindo na rua, recebendo alta inicial por abandono, após dois anos, o paciente teve alta por cura comprovada.

Existem poucos dados disponíveis sobre a tuberculose (TB) na população em situação de rua que nos permitam traçar com clareza o seu perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença. Mas, por meio dos estudos já realizados, bem como de depoimentos desse grupo social e de técnicos que trabalham junto a ele, estima-se que se trate de um grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento. Essa população é considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) considera a prevalência 67x maior de TB que na população geral, de acordo com estudo realizado em 2004 (ADORNO, 2004).

Fatores dificultadores:

São vários os obstáculos ao tratamento continuado:

- Baixa autoestima;
- Alimentação inadequada;
- Sintomas imperceptíveis;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Transtornos mentais;
- Dinâmica da rua, que não contribui para que os remédios sejam tomados com regularidade;
- Roubo dos pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos – entre eles, os medicamentos sobre o cuidado do doente;
- Regras rígidas estabelecidas pelos serviços de saúde;
- Fixação de horários e dias de atendimento;
- Não disponibilidade de atendimento no momento em que apresentam efeitos colaterais.

Ações que podem ser realizadas:

- A intersetorialidade é pré-requisito básico para conseguir melhores resultados, sem a qual várias ações não podem ser desenvolvidas. Para isso, é necessário:
- Fazer o mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento, incluindo instituições governamentais e não governamentais (abrigos, albergues, centros de convivência, casas de acolhida etc.);
- Envolver o maior número possível de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais, em todas as fases do atendimento – detecção, diagnóstico e tratamento. A UBS deve buscar parcerias;
- Definir as unidades de saúde que serão referência para o atendimento, estabelecendo um fluxo claro entre elas e as instituições da rede de proteção social;

- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde além dos conteúdos programáticos, priorizando aqueles relacionados às especificidades da população em situação de rua.

Deve-se considerar:

- a) Todas as UBS com população em situação de rua em sua área de abrangência devem buscar parcerias e/ou instituições que tenham vínculos com o paciente;
- b) As equipes do Consultório na Rua, além de atender a essa demanda, devem prestar apoio matricial às demais equipes;
- c) As equipes de atenção básica/Consultório na Rua devem buscar acompanhar os pacientes nos locais onde vivem;
- d) Nos abrigos, albergues e/ou casas de acolhida, os profissionais devem receber sensibilização e capacitação em tuberculose;
- e) Articular junto aos abrigos, albergues ou casas de acolhida para que possa ser realizado o tratamento diretamente observado (TDO) por profissional da assistência social;
- f) Buscar, junto aos hospitais, principalmente os de referência para o tratamento da TB, oferecer a possibilidade de internação por vulnerabilidade social no início ou em todo o período de duração do tratamento, caso necessário e com consentimento do paciente.

Todos que apresentam tosse, independentemente do tempo informado, devem ser examinados. Lembrar que se trata de uma população com dificuldades relacionadas à percepção do tempo, que existe um número de pessoas que não chegam a perceber que estão apresentando tosse, e que dormir nas ruas e associar a tosse à dependência química podem levá-las a desvalorizar o sintoma. Para que isso ocorra, é necessário:

- Estabelecer rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse tanto pelos equipamentos da rede de proteção social, quanto pelas unidades de saúde. A busca ativa de casos deve ser feita em toda a rede de atendimento mapeada e parceira;
- Na abordagem, tanto para busca ativa de casos, quanto na visita espontânea às unidades de saúde, deve-se explicar a importância de realização do exame de escarro por dois dias consecutivos. É importante oferecer a possibilidade de coleta do material na própria instituição (no momento da entrevista) ou na unidade de saúde (no momento da consulta), respeitando-se os procedimentos de biossegurança;
- Sempre que possível e necessário, solicitar e/ou realizar no primeiro contato baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade e RX de tórax, buscando otimizar o encontro. Trata-se de uma população de risco tanto para a TB resistente como para o HIV/aids e que pode não conseguir coletar material para exame bacteriológico de boa qualidade;
- Por se tratar de uma população com característica migratória, é comum que entrem no sistema de acolhimento por várias vezes. Por isso é importante que seu prontuário registre os desdobramentos dos exames realizados;
- No caso de realização de inquéritos, o ideal é montar toda a estrutura para que os que têm indicação de realizarem exames possam ter os resultados de baciloscopia e RX de tórax no momento das entrevistas.

Cuidados necessários:

- Deve-se considerar a possibilidade de o abrigo guardar a medicação e entregá-la diariamente ao usuário, no horário mais adequado para ele;
- No caso dos indivíduos que não se encontram internos ou que se recusam a permanecer nos abrigos e albergues, deve-se encaminhar para a internação por vulnerabilidade social, pelo menos pelo período de dois meses. A partir daí, deverão ser encaminhados a uma instituição de abrigamento;
- Outra opção de abrigamento para pacientes que não estão em abrigos ou em hospitais são as casas de apoio, ou casas de acolhida e/ou cuidado, onde os doentes permanecem durante o período de tratamento e/ou restabelecimento de sua saúde;
- No caso de recusa da internação, buscar alternativas como apoio alimentar e alojamento temporário em local em que não exista risco de transmissão e estabelecer parcerias com os demais programas de saúde, considerando-se comorbidades frequentemente encontradas nessa população.

Prevenção:

Por motivos operacionais, não é recomendado inquérito tuberculínico nessa população. Os contatos do paciente com TB devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou latente, conforme o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2010.

Dicas:

Um bom registro clínico é essencial para a condução dos casos de usuários com TB na rua. No prontuário, algumas especificidades devem ser abarcadas. A unidade de saúde deve registrar todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite, pois esses dados são importantes para a localização e acompanhamento dos doentes.

Respostas às perguntas como:

- Você frequenta alguma instituição para fazer as refeições, para cuidar da higiene ou para dormir?
- Onde você costuma ficar durante o dia? Onde você costuma ficar durante a noite?

Ressaltamos a importância de pesquisar questões referentes a agravos prevalentes (uso de álcool e drogas, transtornos mentais, HIV/aids, hanseníase etc.) em toda anamnese de população em situação de rua.

Além disso, as equipes do Consultório na Rua devem manter cadastro de usuários adscritos e sempre estratificar aqueles com TB em situação de rua como de alto risco. Esse cadastro serve de base para o monitoramento e priorização dos recursos.

Muitas vezes, é necessário criatividade para encontrar parcerias na realização do TDO. Seja por funcionário de abrigo ou profissional de algum serviço frequentado pelo usuário, seja por profissional da equipe, é importante que o tratamento seja sempre supervisionado.

Outro ponto importante é dissociar o tratamento da tuberculose do etilismo. Se o morador de rua tiver que parar de beber para tratá-la, isso dificultará o tratamento

Portanto, trabalhar da perspectiva de redução de danos será a melhor forma de seguimento ao tratamento de TB entre a população em situação de rua que faz uso de álcool e outras drogas.

Mensagens-chave:

- Todos que apresentam tosse, independentemente do tempo, devem ser examinados.
- Um bom registro clínico é essencial para a condução dos casos de usuários com TB.
- A intersetorialidade é pré-requisito básico para conseguir melhores resultados em TB.

7.4 DST, HIV E AIDS

Cláudio Candiani

José chega à unidade para acolhimento pela primeira vez. Queixa-se de corrimento uretral. O exame identifica corrimento sugestivo de blenorragia. O paciente relata ser de São Paulo e ter vindo morar em Belo Horizonte há poucos meses em busca de emprego em grande obra na cidade. Foi oferecido tratamento para blenorragia e ofertado exame de HIV e sífilis. Nesse momento, ele declara ser portador de HIV e que se tratava em centro de referência de São Paulo. Diz que teve receio de falar da questão anteriormente por achar que não teria atendimento. Perguntado sobre sua vida sexual, relata ter parceiros de ambos os sexos e, no momento, estar sem ninguém. Não se considera homossexual, pois sempre é ativo nas relações. Perguntado sobre o uso de preservativo, diz que não se adaptou bem e não usa. Orientado sobre o risco da transmissão do HIV, diz que “quem está na chuva é para se molhar”...

Acessar a vida sexual e o risco de exposição a DST/HIV deve estar sempre em pauta nas abordagens dos profissionais de saúde. Em geral, a PSR não tem a mesma dificuldade que os profissionais de saúde para abordar o tema. A sexualidade é uma temática muito viva nesse grupo social, desse modo, não costumam ter constrangimentos ou dificuldades para mencionar questões relativas a esse assunto.

PROBLEMAS COMUMENTE ENCONTRADOS EM MORADORES EM SITUAÇÃO DE RUA

Blenorragia	Sífilis
HIV	Condiloma
Cancro mole	Chato
Clamídia	Herpes

Ações que podem ser realizadas:

- Nas anamneses, sempre buscar informações sobre o uso de preservativos, se possui parceiro(a) fixo(a), e oferecer exame de HIV;

- Facilitar ao máximo o acesso a preservativos é uma estratégia importante para essa população.

HIV

- Mesmo que pacientes portadores de HIV façam tratamento nos centros de referência, é essencial que a UBS tenha os registros clínicos deles e acompanhem o caso, pois todas as complicações entre as consultas com infectologista deverão ser atendidas na AB.

Hepatites virais

- Hepatite C e B são muito frequentes na população em situação de rua. Propiciar o acesso à vacinação de hepatite B e colocar nos exames periódicos sorologias para hepatites são estratégias importantes.

Mensagens-chave:

- Sempre abordar a questão da sexualidade, DST e HIV com a população em situação de rua, pois a incidência de DST é elevada nesse grupo.
- Oferecer exames de HIV, hepatites virais e sífilis como parte dos exames laboratoriais periódicos para a população de rua.

7.5 GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

Isabel Munaretti
Silvana Boeira Zanella
Angélica Maria Bolla
Charleni Inês Scherer
Marcia Helena Leal

MSG, 17 anos, e seu atual companheiro chegam à UBS sem Domicílio acompanhados pela agente comunitária de saúde e pela enfermeira após abordagem de rua e identificação de gravidez sem acompanhamento de pré-natal. Primeiramente, passam ao acolhimento de enfermagem, que, além da verificação de sinais vitais, verifica em conjunto com o agente de saúde a falta de documentação da usuária, do seu cadastro na unidade e a necessidade de gerar um cartão SUS. Em seguida, a gestante é encaminhada à consulta com a enfermeira da unidade, que faz todo o atendimento inicial: anamnese e exame físico sumário. Devido ao relato espontâneo de ser portadora do vírus HIV e do uso no passado de crack e maconha e às dificuldades em acessar dados precisos da gestação, a enfermeira passa para a consulta médica por se tratar de uma gravidez de alto risco. MSG mostra-se agitada e impaciente, não entende qual o motivo de tantas perguntas e o porquê de passar em consulta médica, e relata ainda estar irritada e sem vontade de esperar, enfatizando que ela e o companheiro não podem ficar por estarem com fome e por necessitarem reciclar latinhas e pet para conseguir dinheiro para se alimentarem mais tarde. A enfermeira então busca estratégias para o convencimento

da gestante e consegue, após algum tempo de negociação, encaminhá-la à consulta médica. Lá, confirma ser HIV positiva e que fazia uso de terapia antirretroviral, mas parou e não sabe há quanto tempo. Também usava crack e, às vezes, maconha para “se acalmar e dar fome”, parando com as drogas há um mês por preocupar-se com o bebê. O companheiro atual não é o pai da criança e também é soropositivo. Ela não sabe a data da última menstruação, mas acha que já está com nove meses. Um pouco preocupada, refere contrações quatro a seis vezes ao dia, de fraca intensidade e de curta duração, mas sem perdas vaginais. No entanto, queixa-se de dor para urinar e aumento da frequência destas. Esta é sua terceira gestação, sendo que sofreu dois abortos espontâneos e de causa desconhecida. MSG relata início da vida sexual aos 13 anos, nunca coletou citopatológico e está sem nenhum exame de pré-natal nem ecografia obstétrica. O exame clínico e obstétrico de rotina não mostram alterações, exceto o hipocoramento de mucosas. Chama atenção a altura uterina de 32 cm. Diante do quadro acima, a conduta médica adotada foi a solicitação e o encaminhamento imediato da gestante para avaliação em emergência hospitalar obstétrica. O objetivo seria possibilitar a realização de exames de rotina de pré-natal em caráter de urgência, já que se caracteriza uma gravidez de alto risco, com possibilidades de complicações, como transmissão materno-fetal do vírus HIV e talvez outras DST, com repercussões deletérias ao feto. Além da necessidade de definir com rapidez a idade gestacional, pesquisar situações agravantes agudas, como anemia, infecção urinária, diabetes e outros. Foi realizado contato com o Conselho Tutelar e Assistência Social do município para compartilhar a situação de vulnerabilidade social da gestante, solicitar avaliação com vistas a abrigo e apoio para a concretização do encaminhamento da referida avaliação obstétrica. Concluiu-se que conseguir o abrigo para que toda a rotina de acompanhamento pré-natal pudesse ser realizada com segurança era de fundamental importância para o bom andamento da gravidez, além da necessidade de realização de avaliação psicossocial pela equipe do CAPS AD da região, com vistas ao planejamento de intervenção em dependência química. A avaliação obstétrica optou por internação hospitalar, pois constatou que se tratava de uma gestação de alto risco sem acompanhamento adequado, com várias comorbidades, como a descoberta nos exames da emergência de sífilis gestacional, infecção urinária e anemia grave. Após o nascimento, a mãe e o bebê foram abrigados em equipamento da assistência social e foi trabalhada a reaproximação familiar, que possibilitou que posteriormente mãe e bebê fossem acolhidos por uma tia. Atualmente todos estão morando com ela, e MSG mantém vínculo e acompanhamento com a equipe de saúde da sua região, embora frequentemente venha à SF sem Domicílio para rever a equipe.

A construção da lista de problemas identificados ajuda na condução do caso. Assim, poderíamos elencar as seguintes situações na nossa avaliação:

- **Fatores de cuidado à saúde:** gravidez na adolescência; ausência de pré-natal adequado; HIV positiva e com abandono de tratamento; uso prévio de drogas; relações sexuais desprotegidas com parceiro soropositivo; idade gestacional incerta (“a termo”?) e altura uterina de 32 cm (crescimento fetal adequado?); contrações em idade gestacional desconhecida; queixas urinárias (possibilidade de infecção urinária?); hipocoramento de mu-

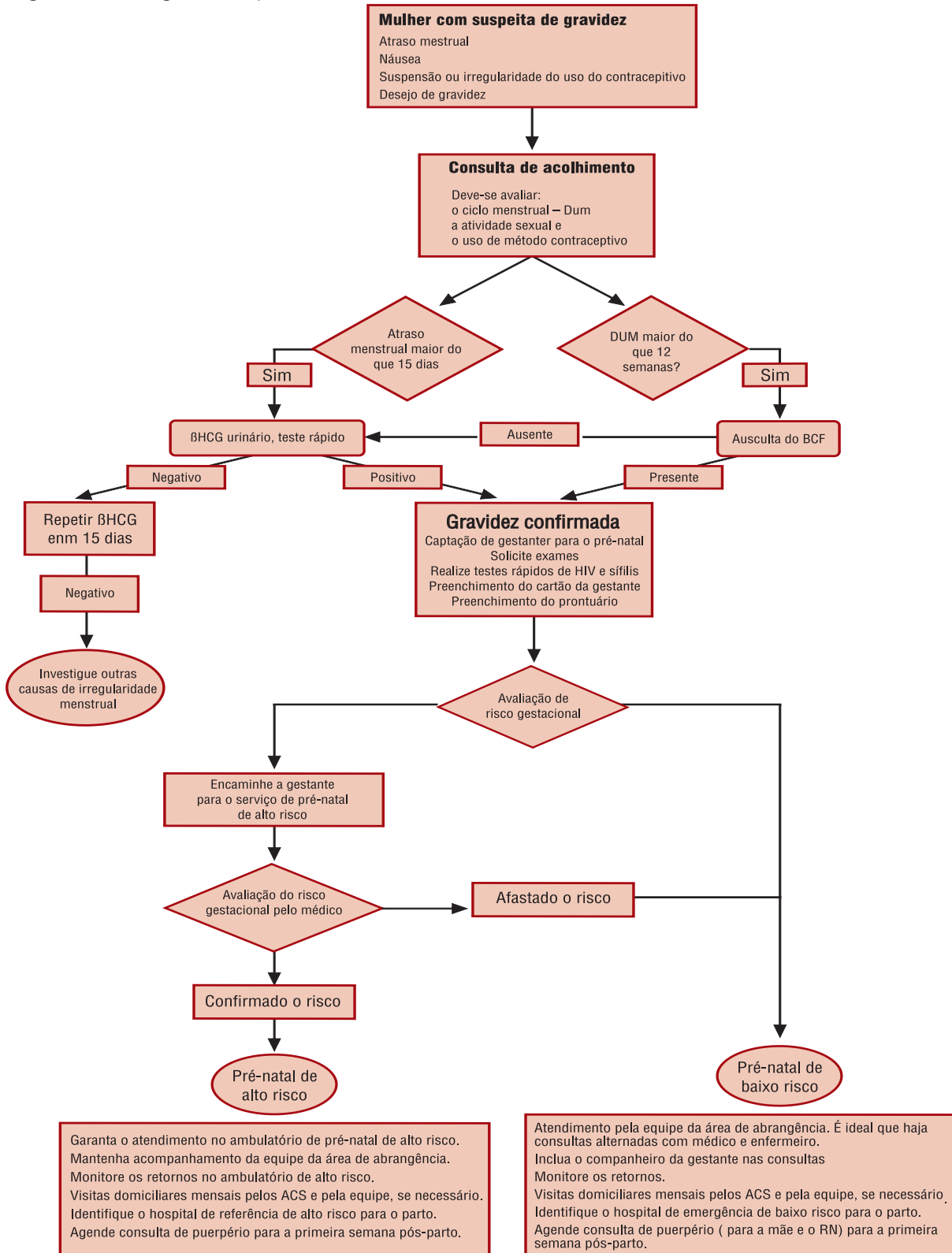
cosas (anemia?); descoberta de sífilis gestacional, ausência de diagnóstico e tratamento do parceiro.

- **Fatores emocionais:** resistência inicial em aceitar abordagem da equipe e orientações prestadas a respeito do risco dessa gravidez sem acompanhamento tanto para ela quanto para o bebê; sinais de irritabilidade, impaciência, agitação psicomotora (abstinência às drogas?); relato de abstinência devido à gestação.

O Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco aborda a importância da captação precoce da gestante para o início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação e a oferta dos testes rápidos (gravidez, HIV e sífilis) a ela e seu parceiro, subsidiando os profissionais da atenção básica para um olhar qualificado na atenção ao pré-natal de baixo e alto risco.

A seguir, apresentamos fluxograma do pré-natal para classificação e avaliação de risco gestacional. Sugerimos que seja adaptado à realidade local para garantia da linha de cuidado da gestante em situação de rua.

Figura 3 – Fluxograma de pré-natal



O fato de pessoas usarem a rua como local de moradia e permanência já se configura em caso de alta vulnerabilidade social. Apesar de a maioria da população em situação de rua (PSR), nas diversas cidades brasileiras, ser composta pelo sexo masculino, esse fato é mais agravante para as mulheres, que, ao se encontrarem nessa situação extrema, se tornam também vulneráveis às circunstâncias concernentes à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada. Para a equipe de saúde que trabalha com a PSR, a gravidez da mulher em situação de rua torna-se um momento de preocupação e com necessidade de cuidados específicos.

Considerando que as situações de risco agravantes que envolvem uma gestante moradora de rua são muitas, faz-se então necessária uma visão ampla e integral de aspectos biopsicossociais, para o entendimento da situação que se apresenta e, assim, um planejamento da melhor conduta a seguir. A organização da linha de cuidado, para orientar os fluxos na rede de assistência que a gestante de risco deve receber, representa uma ferramenta de fundamental importância para a atuação da equipe.

Cabe aqui ressaltar que, no caso de relato de uso de substâncias psicoativas, a atenção psicossocial (CRAS, CREAS, CAPS AD, conselho tutelar, entre outros) deve ser sempre considerada como forma de garantir proteção quanto a comportamentos de risco da gestante.

Devido à drogadição (em particular, o álcool e crack), além de outras comorbidades, como a sífilis gestacional, HIV, anemia grave e hepatites, é grande o número de gestantes em situação de rua definidas como sendo de alto risco. Portanto, devem ser referenciadas ao pré-natal de alto risco o mais brevemente possível. No entanto, existe um grande absenteísmo nessas consultas por parte das pacientes, fazendo-se necessário a articulação da rede de serviços com o apoio de outros setores (ações intersetoriais) e planejamento das ações conjuntas, tais como: captação precoce, agendamento do pré-natal de alto risco com brevidade; parceria com os equipamentos de assistência social; articulação com o conselho tutelar, caso necessário; acompanhamento de integrantes da equipe nas consultas obstétricas de alto risco, quando necessário.

É importante manter o acompanhamento da gestante de alto risco pela equipe de atenção básica por meio do cadastro da gestante no SISPRENATAL WEB e das consultas de pré-natal intercaladas às consultas dos serviços especializados em alto risco. Nesse sentido, a coordenação do cuidado pela atenção básica com vistas a verificar a realização dos exames, faltas às consultas especializadas, agendamento de exames complementares, uso correto de medicamentos, uso de álcool e outras drogas e busca ativa dos ACS para as demandas programadas garante a realização de ações no pré-natal com integralidade do cuidado à gestante em situação de rua.

O acolhimento e o vínculo estabelecido com a equipe, além da construção da linha de cuidado em rede, parecem representar fator primordial para o bom desenvolvimento do caso.

Mensagens-chave:

- No momento de captação da gestante e de seu parceiro, a equipe de atenção básica/ Consultório na Rua deverá garantir o acesso aos testes rápidos (gravidez, HIV e sífilis) para a detecção precoce desses agravos e tratamento em tempo oportuno.
- No caso de relato de uso de substâncias psicoativas, a atenção psicossocial deve ser sempre considerada.
- Devido à drogadição e outras comorbidades, é grande o número de gestantes em situação de rua definidas como sendo de alto risco.

7.6 DOENÇAS CRÔNICAS

Cláudio Candiani

João de Deus, 35 anos, tinha vindo de Dom Cavate, pequeno município do interior de Minas, para arrumar trabalho em Belo Horizonte. Com pouca instrução, foi trabalhar na construção civil. Com forte história familiar de hipertensão, relatando que dois irmãos morreram por volta dos 40 anos por infarto e acidente vascular encefálico, João também era hipertenso. Em certo momento, começou a não dar conta mais do serviço pesado da construção civil, o fôlego começou a ficar curto. Sem trabalhar, não teve mais como pagar moradia e passou a viver na rua. Pouco depois, procurou a eSF para a população em situação de rua, encaminhado pela UPA, onde tinha sido internado. Diagnosticada insuficiência cardíaca já em classe funcional III, secundária à hipertensão, a equipe montou projeto terapêutico para João. Encaminhou as questões previdenciárias, que possibilitaram um auxílio-doença; e instituiu tratamento para a hipertensão, que, além dos medicamentos existentes na rede, necessitava de alguns que não existiam, pela gravidade do caso. O dinheiro do auxílio-doença não dava para comprar a medicação e pagar moradia ainda. Tornou-se, então, usuário do albergue municipal enquanto se reorganizava. A alimentação na rua também não favorecia a melhoria do quadro. A enfermeira fez intenso trabalho e, em conjunto com o generalista, conseguiu que o paciente parasse de fumar. O projeto terapêutico foi construído contando com clínico, generalista, cardiologista do centro de especialidades, assistente social, enfermeira e ACS. A equipe conseguiu que a prefeitura pagasse a medicação que faltava a João. Ele entrou no registro da equipe para pacientes graves e foi monitorado, chegando à classe funcional II, que não permitia o trabalho anterior, mas possibilitou que trabalhasse em outro posto de serviço. Após dois anos de controle, o paciente, controlado e estabilizado, conseguiu alugar um quarto e sair das ruas.

Hipertensão, *Diabetes mellitus* e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, são agravos comuns de ocorrerem na população de rua. Em virtude dos hábitos de vida, com elevada prevalência de tabagismo, alimentação inadequada etc., tais doenças podem se apresentar em idade mais precoce que na população em geral. O ótimo controle desses problemas pode ser bem difícil, pela ausência de abrigo estável, impossibilidade de selecionar própria dieta e dificuldades para armazenar e tomar medicamentos em horários certos.

Ações que podem ser realizadas:

- Esquemas terapêuticos simplificados, mesmo que não ideais, podem surtir melhor efeito que esquemas completos tecnicamente, mas impossíveis de serem compreendidos e usados por moradores de rua com pouca alfabetização e sem condições de armazenamento;
- O tabagismo é frequente na população de rua e responde pelo agravamento de uma série de condições que impactam diretamente na capacidade de sobreviverem na rua;
- A lista de usuários estratificada por risco é chave na condução daqueles com condições crônicas. Em geral, a população em situação de rua acumula diversas patologias e condições crônicas, necessitando de projeto terapêutico com participação de vários pontos da rede. A atenção básica deve ser a coordenadora do cuidado desses pacientes, auxiliando-os a circular pela rede de atenção, organizando as ações, auxiliando os usuários para completar as lacunas existentes nas redes.

Ferramentas úteis:**• Lista de problemas:**

Usuário: Sr. _____, ____ anos. Prontuário nº _____.

1. Esquizofrenia paranoide – 13/12/2010 Haldol decanoato 2amp/mês; controle com psiquiatra, próxima consulta 2 meses; consulta com generalista mensal; enfermeira rever medicação em uso
2. Tuberculose pulmonar – 1º/6/10 Iniciado esquema I por DOTS, (ACS Cida)
3. Usuário de crack – 10/10/10 uso controlado, encaminhado para CAPS AD, discussão de caso com eles
4. Vacinas – 13/12/2010 Dt, FA e hepatite B em dia
5. Tabagismo – 13/12/2010 20 anos maço, em fase de pré-contemplação
6. Vulnerabilidade social – 13/12/2010 Dormindo no albergue municipal; acompanhado por Luiz da abordagem de pop. de ruas
7. Próximo retorno 15 dias

A lista de problemas é ferramenta extremamente útil na condução dos casos de usuários em situação de rua, principalmente os com situações mais complexas. Permite visualização rápida dos principais problemas do usuário; é instrumento de comunicação entre os diversos pontos da rede envolvidos; permite construção de projeto terapêutico multiprofissional e monitoramento dele.

A lista deve ser construída numa primeira consulta médica e posteriormente discutida em reunião de equipe para construção do projeto terapêutico singular para o paciente. Uma cópia atualizada do projeto deve ser sempre digitada em campo específico quando houver prontuário eletrônico.

• Índice de autonomia

Abaixo, citamos uma ferramenta utilizada pela equipe de saúde para a população em situação de rua de Belo Horizonte que é um índice de autonomia (IA), útil para a avaliação do nível de vulnerabilidade do usuário.

Índice de autonomia (IA)	Risco físico	Risco mental	Risco social
0	Problema físico incapacitante	Problema mental incapacitante	Dorme na rua
1	Problema físico grave, mas não incapacitante	Problema mental grave, mas não incapacitante	Dorme em abrigo ou albergue
2	Sem doenças físicas graves	Sem doenças mentais graves	Dorme em repúblicas ou superior a albergue

As somas dos índices acima definirão as ações da equipe conforme escore abaixo:

- **5 a 6** – Caso discutido só em reunião de equipe;
- **3 a 4** – Discutir caso com equipe de apoio da UBS (saúde mental, serviço social etc.);
- **0 a 2** – Discutir caso em reunião ampla da abordagem conjunta.

O prontuário do usuário deve fazer referência ao **Índice de Autonomia (IA)** deste.

A eSF da PSR de Belo Horizonte desenvolveu **índice de autonomia (IA)** para conseguir priorizar cuidado. Os pacientes com autonomia baixa eram discutidos mais frequentemente e em fóruns mais amplos.

Um prontuário é mais que um cadastro de pacientes. Ele deve conter os principais registros clínicos para o acompanhamento, sendo reordenado pelo grau de autonomia. O prontuário deve ser alimentado em toda reunião de equipe com casos e registros novos. Sugerimos, quando possível, a agregação de foto, que pode ser tirada no próprio consultório, após autorização do usuário. A foto auxilia muito na comunicação da rede em vários momentos.

Mensagens-chave:

- Uma lista de problemas atualizada é uma ferramenta que permite a continuidade de cuidado para os casos mais complexos.
- O projeto terapêutico singular deve ser construído em conjunto e pactuado com o usuário.
- Para o seguimento adequado da população de rua, alguma estratificação de risco se faz necessária no registro clínico

7.7 ÁLCOOL E DROGAS

Cláudio Candiani

Marcelo Pedra

Andrea Gallassi

C., homem, 20 anos, chega até o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) do território trazido por um educador e uma assistente social do Centro Pop (unidade da assistência social especializada no atendimento à população em situação de rua adulta) local. Estavam muito preocupados com a sua situação, pois ele começou a frequentar o espaço de convivência muito emagrecido, ansioso e sem aceitar a oferta de a equipe realizar sua higiene pessoal e alimentação. Porém, após 15 dias de convívio com o educador e a assistente social, conseguiu dividir com eles sua angústia por estar nas ruas longe da filha e da família pelo fato de se “internar” na cracolândia, que fica a 5 km do Centro Pop (assunto que até aquele momento não havia surgido nas conversas com os profissionais). Além disso, se sentia muito envergonhado por “dar tanto trabalho” à família, que já o internou em hospitais e clínicas várias vezes. Relatou estar há uma semana sem usar a droga, mas isso o deixava ansioso demais. Ele também tinha muito medo de estar com alguma doença grave, já que nunca tinha ficado tão magro. C. gostava de conversar com a psicóloga no CAPS AD, apesar de ela perguntar sobre sua saúde e refletir com ele sobre a possibilidade de fazer um teste de escarro para saber se estava com tuberculose. Ele aceitou, porém não conseguiu voltar no dia seguinte, como havia sido marcado, e sumiu também do Centro Pop. Alguns dias depois, C. reapareceu muito sujo, fraco, tossindo muito e dizendo não se alimentar há vários dias. Como não há equipe de Saúde da Família (eSF) cobrindo aquela parte da cidade, a equipe do Centro Pop e a psicóloga do CAPS AD combinaram de levar o caso ao Fórum de Discussão de Saúde Mental do Território (Saúde, A. Social, Educação e Instituições Filantrópicas). Lá foi pensado como estratégia que a eSF mais próxima ao território onde C. circulava iria visitá-lo duas vezes por semana no Centro Pop, para acompanhá-lo até o CAPS AD para conversar com a psicóloga, sendo que sua ida não necessitaria de ter hora marcada, apenas o período do dia (manhã ou tarde), garantindo, assim, seu atendimento dentro do que era possível para ele cumprir, pelo menos, até o momento. Essa estratégia foi discutida com C. em um encontro da psicóloga do CAPS AD com o agente comunitário de saúde(ACS) e o enfermeiro da equipe de Saúde da Família de referência. Na sequência, a eSF fez o teste de escarro, confirmando o diagnóstico de tuberculose. Por meio de uma consulta conjunta entre o ACS, o enfermeiro, a psicóloga do CAPS AD e C., ficou combinado que o ACS iria até a entrada da cracolândia administrar o DOTS (tratamento supervisionado para a tuberculose) quando C. não conseguisse chegar até a UBS para tomar a medicação, e que a psicóloga iria ajudar a discutir com C. e a equipe de saúde sua adesão ao tratamento da tuberculose. O Centro Pop ofereceu a C. espaço de convivência, autocuidado, escuta, proteção e reconstrução dos laços sociais, fundamental para que ele tivesse uma base mais sólida e pontos de referência para sustentar os encaminhamentos combinados entre ele e as equipes envolvidas. C. seguiu em situação de rua, isolando-se em alguns momentos na mesma cracolândia, porém manteve o acompanhamento com a psicóloga do CAPS AD, sem

mais ter a necessidade de ir acompanhado pelo ACS. Tem uma boa relação com a equipe de Saúde da Família, que o acompanha fazendo visitas constantes à unidade para ver “como vai a saúde”. As eventuais idas do ACS até a cracolândia para administrar o DOTS fizeram com que a equipe de Saúde da Família conhecesse um pouco mais as pessoas que frequentavam esse lugar e passou a oferecer cuidados em saúde aos outros usuários de drogas, o que aumentou a receptividade dos profissionais de saúde na cracolândia.

O consumo de drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas que estão em situação de rua. Essa condição está associada a uma série de outras vulnerabilidades que as expõem a diversos riscos. Trata-se de um problema de grande importância e que vem desafiando as equipes de cuidado a desenvolverem abordagem mais adequada junto a essas pessoas, de modo a diminuir danos e promover saúde.

Nesse contexto, as estratégias de redução de danos tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem das equipes que trabalham com essa população, seja nos Consultórios na Rua, seja nas Unidades Básicas de Saúde.

Entende-se por estratégias de redução de danos um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras. Os problemas decorrentes do uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, para além da saúde, que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade. Conhecer as estratégias de redução de danos, seus alcances, limitações e o debate que as envolve permitirá ao profissional contribuir, numa perspectiva integral, de forma mais efetiva para melhorar a saúde dessas pessoas.

Nesse sentido, um dos desafios atuais é a necessidade de aperfeiçoar a abordagem com pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas.

As equipes experientes no tratamento de dependentes de drogas devem saber que a plena implicação do sujeito com o seu tratamento, em geral, não é a regra que ocorre com os que iniciam tratamento, nem se produz de forma imediata. A motivação para interromper o uso varia de uma pessoa para outra e, com frequência, ela se apresenta de forma flutuante, oscilando em diferentes momentos de sua trajetória. Esse é um dos motivos pelos quais aprendemos que não devemos ter atitude passiva e ficar esperando que a pessoa decida se tratar. Também não podemos deixar por conta da pessoa a tomada de decisões sobre os procedimentos indicados no tratamento, pois, sendo a motivação instável, ela pode colocar obstáculos ao tratamento, mantendo a situação inalterada. Assim, as posturas extremas, como impor o tratamento e exigir abstinência, e todas as mudanças de conduta ou, simplesmente, aguardar que cada pessoa tome todas as decisões são igualmente equivocadas e improdutivas.

Entre os aspectos mais relevantes sobre a motivação (ou implicação) de usuários de drogas realizarem tratamento, é importante destacar algumas características desse processo, como a ambiguidade, o controle da vontade e o vínculo terapêutico.

Ambiguidade é uma disposição contraditória diante de uma escolha. É uma dificuldade que podemos observar em situações do nosso cotidiano, por exemplo, quando decidimos comprar algo que queremos muito, mas, ao chegar à loja, desistimos porque nos damos conta de que aquele produto irá pesar no orçamento do mês. Então, retornamos para casa e, após algumas horas, voltamos a pensar sobre o produto e do quanto gostaríamos de adquiri-lo.

Essa situação ocorre com frequência entre as pessoas com problemas com drogas, no que se refere à sua motivação para interromper o uso. Muitas vezes, querem intensamente parar o uso da substância e, no momento seguinte, decidem reiniciá-lo. Em alguns casos, elas nos descrevem que, em um mesmo momento, querem e não querem usar drogas. Ou seja, percebem seus danos e prejuízos e se preocupam com isso; querem evitá-los e sabem que só conseguirão caso interrompam o uso, no entanto, permanecem com o desejo de usar a substância. É preciso compreender essa dinâmica para não cairmos no erro de pensar que um indivíduo, necessariamente, estava mentindo quando em uma ocasião disse que queria parar de usar drogas e minutos depois voltou a usar.

Outra questão importante para o tratamento de quem usa drogas é o vínculo terapêutico, que é aquele que se constrói entre a pessoa e o profissional ou a equipe que a atende. Esse laço se desenvolve lentamente e não tem um padrão linear, sofrendo altos e baixos de acordo com o surgimento dos sentimentos e acontecimentos que envolvem o tratamento. Mas, pouco a pouco, esse vínculo acontece, propiciando o surgimento de confiança e facilitando o engajamento da pessoa ao tratamento.

De forma geral, as propostas atuais de tratamento destacam a motivação como aspecto de grande importância para as pessoas decidirem se tratar. Para isso, é importante considerar a ambiguidade como condição quase sempre presente nas suas etapas iniciais. Muitas vezes, o engajamento no tratamento só ocorre quando a pessoa não aguenta mais a sua vida e não suporta as perdas que a droga tem produzido. As abordagens devem, com isso, envolver vários recursos que favoreçam a motivação, diminuam as resistências e propiciem o estreitamento da relação com o profissional e a instituição.

Como exemplo de abordagem que favoreça a motivação, é possível pensar na possibilidade de retomar as relações familiares, geralmente bastante enfraquecidas ou rompidas em função do uso de drogas, caso a pessoa se engaje em uma proposta de tratamento. Isso fará com que a família veja que ela está se esforçando para interromper ou diminuir o uso de drogas e poderá se reaproximar para apoiá-la nessa decisão, fortalecendo, assim, seu engajamento.

Com relação à abordagem para diminuir a resistência ao tratamento, pode ser feito valorizando os ganhos obtidos com o seu início, mesmo que mínimos, e também não colocando a abstinência como meta única. Isso ajudará a pessoa a ver que, mesmo que ela, nesse momento, não quer ou não consegue parar de usar drogas, já conseguiu avanços nesse processo.

Os exemplos acima descritos funcionam em cadeia, o que, conseqüentemente, promove o estreitamento da relação da pessoa com o profissional e a instituição.

No tratamento baseado em redução de danos, a definição de seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com a pessoa, e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços devem ser valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar ou retomar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação ativa da pessoa nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e engajamento. Por trajetórias diversas, muitas têm história de relacionamentos conturbados com pessoas significativas e este é um dos motivos pelos quais é comum que aqueles com problemas com drogas tenham dificuldades com sua autoestima e autoconfiança. Essa insegurança é agravada pelas sucessivas perdas decorrentes do uso das drogas e, também, pelas recaídas, que muitas vezes ocorrem pelo fato de colocarem a abstinência como meta única do tratamento. Por isso, reagem de forma negativa e intensa

quando se sentem controladas ou criticadas em suas opções.

Muitas vezes, pessoas que têm problemas com drogas propõem que o objetivo do tratamento seja controlar o uso de forma a não ter mais os riscos e prejuízos. Os serviços e profissionais que têm experiência nesse campo sabem que é muito raro que elas consigam esse fim e esforçam-se para motivá-las a parar. De toda forma, o tratamento que tem a redução de danos como estratégia não se prende somente ao consumo da substância. Outros aspectos que compõem a história dessa pessoa, como os emocionais, sociais, de relacionamento com os demais e consigo mesmo, a função que tem o uso da droga para ela, bem como outros problemas de saúde, são questões centrais abordadas no tratamento.

Com frequência, a mudança e melhora nesses aspectos ocorrem em paralelo com a mudança na relação com a droga. No que se refere ao uso, é comum que diminuições, interrupções e recaídas ocorram, mas com o estabelecimento do vínculo terapêutico e o engajamento da pessoa no tratamento, as mudanças vão se tornando mais sólidas e consistentes. Os avanços e recuos, paradas e recaídas também ocorrem no tratamento com exigência de abstinência; uma das diferenças é que, com as estratégias de redução de danos, não ocorre a exclusão daqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso.

A troca de uma droga por outra que diminua riscos e danos também é um exemplo de prática de redução de danos. É o caso do uso da metadona no tratamento de pessoas com dependência de opioides, como a morfina ou a heroína. A metadona é também um opioide e igualmente pode provocar dependência. Mas, como os riscos e os danos são menores, é prescrita em serviços médicos nos Estados Unidos e na Europa como forma de facilitar a retirada da heroína ou como substituição, quando os indivíduos não conseguem ou não querem interromper o uso.

No Brasil, os casos de dependência de opioides não são tão comuns, mas, quando ocorrem, o tratamento da dependência também é realizado em serviços de saúde, incluindo a troca provisória pela metadona. O uso de benzodiazepínicos como o diazepam no tratamento da abstinência alcoólica, rotina nos serviços de saúde no Brasil e no exterior, constitui outro exemplo de substituição de uma droga por outra de menor risco e, portanto, uma estratégia de redução de danos. Com a abordagem de substituição, a interrupção do uso de drogas pode ser um objetivo a ser alcançado mais adiante. Assim, não há contradição entre redução de danos e abstinência como meta, mas sim entre redução de danos e abstinência como uma exigência para que as pessoas recebam atendimento e acolhimento nos serviços.

Considerando o contexto das pessoas em situação de rua, a abordagem deve passar, necessariamente, pela redução de danos. Os serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS AD, e serviços de urgência e emergência que acolhem usuários de álcool e outras drogas devem se organizar para acolher essas pessoas e articular seus projetos terapêuticos singulares(PTS) com outros pontos da rede setorial e intersetorial. As equipes do Consultório na Rua devem contar com o apoio matricial das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos CAPS e compartilhar a criação de uma linha de cuidado no município. A intersetorialidade é um aspecto-chave do PTS, e deve haver interlocução frequente entre a equipe de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de referência, de forma regular, com os dispositivos da assistência social, do esporte, da cultura e organizações não governamentais.

A exigência da abstinência para atendimento e a rigidez na abordagem são duas estratégias

contraproducentes para se promover saúde. Muitas vezes, é no atendimento da pessoa em seu momento de maior vulnerabilidade que se cria o vínculo dela com o profissional e o serviço de saúde.

7.8 SAÚDE BUCAL

Alejandra Prieto de Oliveira
Ângela Maria Mazzilli Fassy

Entre as prioridades em saúde da população em situação de rua está a saúde bucal.

Uma das maiores críticas da **promoção à saúde bucal** tradicional tem sido sua abordagem estreita, isolada e segmentada, essencialmente separando a boca do resto do corpo. Muitas vezes, os programas de saúde bucal têm sido desenvolvidos isolados de outras iniciativas de saúde. Essa abordagem descoordenada pode levar a uma duplicação de esforço, que resulta em mensagens conflitantes e contraditórias transmitidas ao público. A abordagem de fator comum de risco reconhece que as condições crônicas, tais como doença coronária, câncer, diabetes, sofrimento mental e doenças bucais, compartilham um conjunto de riscos comuns. Dieta inadequada, fumo, higiene deficiente e estresse são fatores ligados ao desenvolvimento de diversas condições crônicas, incluindo doenças bucais. O conceito essencial de **abordagem de risco** é que, por meio do direcionamento da ação sobre esses riscos comuns e seus determinantes sociais subjacentes, haverá melhora de uma série de condições crônicas, por serem alcançadas mais eficientemente e com maior eficácia. **A abordagem de fator de risco comum** fornece uma linha de pensamento para o trabalho em conjunto, princípio essencial de prática de promoção da saúde (WATT, 2004).

Ainda segundo Watt (2004), um achado das revisões de eficácia de promoção de saúde bucal foi o reconhecimento das limitações de educação em saúde como único meio dessa promoção e de redução de desigualdades. O aumento do conhecimento é um fator de melhora de saúde bucal. Contudo, a ampliação no conhecimento não leva automaticamente a qualquer alteração sustentável de comportamento. Assim, o conhecimento aperfeiçoado de saúde bucal pode ser de valor limitado para aqueles que vivem em um ambiente onde escolhas saudáveis não são disponíveis. Nessas circunstâncias, outras estratégias são requeridas. É necessário mudança na ênfase de uma atividade isolada em ações educacionais para uma atividade na qual uma série de estratégias complementares, apropriadas às necessidades e circunstâncias da população-alvo, possam ser implementadas.

Assim, reconhecendo a especificidade e a demanda da população em situação de rua, a equipe de Saúde Bucal (ESB) em conjunto com o técnico em saúde bucal (TSB) têm a responsabilidade de abordar, além da provisão de cuidado clínico, também as necessidades preventivas de seus pacientes. Realizar esse papel de forma eficiente requer a compreensão dos princípios de promoção de saúde e, em especial, o reconhecimento da influência dos determinantes sociais sobre os comportamentos individuais. A ESB precisa adotar uma postura de compreensão e apoio para esse grupo social, possibilitando o acesso dessa parcela da população, que, historicamente, vivencia a negação de seus direitos básicos, a políticas públicas que efetivamente possibilitem a equidade.

Como tratar dos dentes de uma pessoa que poderá estar alcoolizada, em uso de drogas, sem

condições mínimas de higienização bucal e de se cuidar após uma exodontia, caminhando sob o sol, sem alimentação adequada e, às vezes, necessitando de um analgésico, anti-inflamatório ou antibiótico com hora marcada?

Muitas dificuldades poderão ser vivenciadas pelo profissional de saúde bucal: atender o usuário embriagado ou sobre efeito de outras drogas; más condições de higiene; dificuldade em comparecer à consulta no dia e horário agendado, seja por esquecimento, pela dificuldade financeira em se deslocar até a unidade, seja pelo próprio estilo de vida; imediatismo na resolução dos problemas – geralmente preferem a exodontia ao tratamento; falta de hábitos de higiene bucal; poucos equipamentos para a atenção às necessidades básicas, como locais para higiene e guarda-volumes (perda sistemática de escova, dentifrício, medicamentos); abandono do tratamento por conveniência ou impossibilidade.

Contudo, o trabalho da saúde bucal extrapola o sentido somente da assistência. Experiências mostram que contribui para a construção de vínculo, possibilita o resgate da autoestima, podendo contribuir para a reinserção social e resgate da cidadania.

Vale ressaltar a necessidade de respeitar a vontade e o momento do usuário, permitindo a livre escolha, mas sempre incentivando e apoiando o cuidado a sua saúde, quer seja para o atendimento médico, quer para o odontológico e outros.

As ações de assistência de intervenções clínicas curativas devem ser ofertadas de maneira a impactar os principais problemas de saúde da população em situação de rua. Para a atenção primária, é necessário que a equipe de Saúde Bucal ofereça prótese total e parcial na própria Unidade Básica de Saúde ou referencie para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O financiamento das próteses dentárias pode ocorrer por meio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária do Programa Brasil Sorridente/MS.

Na rede, quando necessário, a equipe deverá articular para essa população o acesso ao serviço de atenção secundária (CEO) e terciária, de modo a buscar a integralidade.

Para qualificação da assistência, recomenda-se:

- Organizar o processo de trabalho, garantindo procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras sequelas;
- Otimizar o atendimento ao usuário, aproveitando o máximo de procedimentos clínicos a serem realizados na consulta, estendendo, se for o caso, o tempo de atendimento.

Para alcançar resultados significativos, é fundamental o trabalho interdisciplinar da equipe de Saúde Bucal com a equipe do Consultório na Rua.

Essa parceria possibilita, além de maior resolutividade nas demandas de saúde integral do usuário, amenizar a ansiedade e expectativas no tratamento.

O técnico em saúde bucal será o elo essencial da equipe de Saúde Bucal com a equipe do Consultório na Rua. A ESB representa a principal estrutura de apoio à atuação do TSB com a equipe do Consultório na Rua.

Mensagens-chave:

- Procurar oferecer ao usuário formas alternativas que possibilitem o cuidado em saúde bucal.
- Diante do imediatismo e da busca pela sobrevivência, a população em situação de rua frequentemente apresenta dificuldade com dias e horários marcados, desse modo, deve-se deixar espaço na agenda para o atendimento da demanda espontânea.
- Maximizar a hora-clínica do CD para otimizar o plano de tratamento.
- Se possível, fornecer dentifrício e escova de dente.



ESTRATÉGIAS DE SUPORTES AO CUIDADO PARA A EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA

8

Alexandre Trino
Rosana Ballesterro Rodrigues

“Certo domingo, estava em casa e tive que ir ao supermercado. Estava andando pela rua com um amigo e, antes de chegar ao supermercado, presenciei uma cena que me causou profunda indignação. Um morador de rua de mais ou menos uns 50 anos, com o corpo bastante sujo, atravessou a rua correndo, assustado e completamente nu. Atrás dele, vinham quatro jovens moradores ali da área que o maltratavam de forma desumana, dando-lhe chutes, tapas e rindo sarcasticamente dele. O homem caiu na calçada e ficou ali feito um animal indefeso, que, de tão assustado, não conseguia nem falar. Isso aconteceu em plena rua movimentada, no final da tarde. Algumas pessoas que passavam pelo local fingiam não ver aquilo e outras riam, achando engraçada a brincadeira perversa dos moleques. O homem aparentava ter problemas mentais e estava muito assustado. Mas o que mais me causou sensação de revolta foi que, na hora, passou por ali uma viatura policial e nem sequer parou. Os policiais viram os moleques maltratando um mendigo pelado e aparentemente doente na rua e não fizeram nada, passaram direto como se nada estivesse acontecendo. Diante daquilo, meu amigo até comentou ironicamente que, se fosse um de nós que estivesse andando nu pela rua, iria preso por atentado ao pudor. Mas a impressão que tive é de que as pessoas ali em volta, aqueles moleques e os policiais que passaram sem fazer nada não enxergavam aquele homem como um ser humano, e sim como um cachorro de rua. Fiquei me sentindo bastante mal por ter presenciado uma situação tão desagradável. No dia seguinte, segunda-feira, aproveitando um momento de conversa que fora aberto no grupo, resolvi compartilhar com os colegas o que tinha visto na tarde anterior. Eu me senti aflito por ter percebido que a partir daquele momento eu já não podia mais fazer de conta que não via esse tipo de coisa. Ali na hora não consegui fazer nada, mas a verdade é que me bateu um peso na consciência. Antes de ser um ACS, talvez não me incomodaria tanto com a situação, mas a sensibilidade que essa experiência vem me trazendo já me fez observar aquilo com outros olhos. E vi que é difícil se livrar desse sentimento de responsabilidade quando a gente trabalha nisso, é como se fôssemos ACS em tempo integral, e não apenas no horário de expediente. Pra mim, foi muito bom conversar com o grupo sobre esse sentimento, os colegas também disseram o que pensam, deram outros relatos, enfim, foi um momento de reflexão muito rico para todos. Aí percebemos que o grupo precisava daquilo, de um momento para expor suas angústias e opiniões, dar suas impressões, falar o que aflige e ouvir os colegas. Combinamos, então, que toda tarde de segunda-feira terá esse espaço de reflexão tão necessário para todos nós e fundamental para o grupo.”

O caso citado acima expõe a necessidade prioritária de se estabelecerem estratégias, no sentido da produção do cuidado junto aos profissionais da equipe do Consultório na Rua, para a superação dos sentimentos de impotência diante da realidade observada e a limitação de ações que efetivamente possam modificá-las, o incômodo de conviver com realidades tão desumanas, gerando identificação e angústia, tendência de desistência de atuar no serviço diante de enormes desafios (síndrome de Burnout), entre outros.

Tendo em vista as demandas acima, sugere-se a prática de métodos e estratégias de cuidado com o cuidador que propiciem suporte emocional e construção de resiliência junto à equipe. Ações como: grupos de apoio, terapia comunitária, práticas integrativas e complementares (liangong, tai chi chuan, meditação), arte terapia e, quando necessário, apoio psicológico, individual ou em grupo.

Desta forma, dispositivos como as reuniões de equipe, que devem acontecer semanalmente, além de discutirem e problematizarem seus processos de trabalho, também podem contemplar abertura para compartilhamento de impressões e vivências no cotidiano do trabalho, com vista à acolhida e possíveis trocas de sentimentos e afetos possibilitando a ressignificação de experiências difíceis.

A construção de um processo grupal que possibilite uma comunicação horizontal e acolhedora da equipe e garanta o compartilhamento e cumplicidades que permitam abertura e manifestação dos incômodos vivenciados no dia a dia das equipes dos Consultórios na Rua, é fator preponderante para legitimação de estratégias de suportes ao cuidado para os profissionais da equipe.

As comunidades de práticas que são espaços virtuais, que funcionam como fóruns de trocas de experiências entre profissionais de diferentes serviços, também podem representar potente ferramenta de suporte para os profissionais de saúde que atuam com população em situação de rua.

Outra possibilidade de apoio e suporte para os profissionais é a constituição de grupos de apoio matriciados pelo NASF e ou CAPS do território, que possam discutir temáticas, formar grupos focais, rodas de conversa, terapias comunitárias que deem conta de subsidiar atenção e cuidado junto à equipe.

Dependendo da demanda que o profissional apresenta, este pode ser indicado para acompanhamento terapêutico individualizado. Para tanto, o gestor ou a coordenação da equipe deve articular previamente os recursos no território para este tipo de atendimento.

Ressaltamos que os Agentes Sociais com trajetória de rua que integram as equipes dos consultórios na rua, devem merecer especial atenção, tendo em vista a tendência de na sua prática profissional, reviver situações e sentimentos que podem causar sofrimento emocional, e em alguns casos levar a prejuízos no campo da sua prática profissional e a impossibilidade de continuar atuando com esta população.

Nas diversas estratégias citadas acima, lembramos a importância da utilização de atividades lúdicas como potente veículo de construção de identidade grupal. Além disso, a possibilidade da equipe vivenciar espaços de lazer e comemorações de datas festivas no trabalho e fora dele contribuem para melhor clima organizacional e maior integração da equipe, promovendo assim, a saúde do trabalhador.



EXPERIÊNCIAS COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: PROJETOS BEM SUCEDIDOS E SUAS FERRAMENTAS

9

9.1 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE BELO HORIZONTE

Cláudio Candiani
Leonardo Quintão

História da equipe

A história do Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), nos últimos 15 anos, confundiu-se com a história das políticassociais para a população em situação de rua (PSR) de Belo Horizonte.

Em 1994, os catadores de papel e os flanelinhas/guardadores de carros se organizaram e fizeram aprovar, no orçamento participativo (OP) daquele ano, uma Unidade Básica de Saúde para o Centro da cidade.

O OP94 garantiu recursos para a reforma que transformou em 1996 o CSCC, que era ambulatório especializado em raiva (há 40 anos) e imunobiológicos especiais, em Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipe de Saúde Mental (um assistente social, um psicólogo e um psiquiatra).

Desde então, o atendimento à PSR, além do que é feito aos demais moradores da área de abrangência, passou a ser realizado nessa UBS. Uma ação importante para organizar o atendimento a essa população foi a individualização de prontuários.

A prática de “abordagem conjunta” nas ruas foi iniciada por meio da parceria da equipe de Saúde Mental do CSCC com a equipe de abordagem de rua centro-sul – da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) –, que foi a primeira de BH. No início, era preciso sustentar, junto aos colegas da rede de saúde, que os colegas da SMAS não estavam levando “problema”, e sim ajudando a resolver a demanda (do usuário e da equipe), quando o paciente em situação de rua chegava já identificado, com uma história de vida já conhecida, para atendimento, com possibilidades de albergamento etc. À época, era muito comum buscar nos arquivos de prontuários dos hospitais psiquiátricos as informações sobre os antecedentes de tratamento para estabelecermos um plano terapêutico.

Em 2002, a unidade se articulou e, aproveitando o movimento da Saúde da Família, conseguiu instituir a primeira eSF para a população em situação de rua do País. Os objetivos traçados para a equipe foram:

1. Adquirir conhecimentos sobre a PSR para capacitar todas as UBS da cidade para tal atendimento;

2. Responsabilizar-se pela PSR que dormisse dentro da área compreendida pela Av. do Contorno e nos equipamentos sociais para essa população.

Composta como as demais eSF da cidade (médico, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro ACS), a equipe iniciou seu trabalho em abril de 2002. No início, contou com o coordenador da Secretaria Municipal de Saúde e com a coordenação da gerente da unidade. Os primeiros movimentos, concomitantemente ao início dos atendimentos, foram o levantamento de bibliografia e o mapeamento da rede de atenção à PSR na cidade. Com o tempo, a equipe formou grande rede que se comunicava intensamente por fone, e-mail ou reuniões, com o objetivo de prestar suporte necessário a esse grupo social.

Os principais atores dessa história são:

1. Equipe de apoio do Carlos Chagas, principalmente saúde mental e odontologia;
2. Abordagem de população em situação de rua e plantão social;
3. Equipamentos sociais (albergue, Abrigo São Paulo, República Maria Maria, República Reviver e centro de referência para a população em situação de rua);
4. Referências da secretaria (Coordenação de Tuberculose etc.).

Por força de necessidade, a eSF precisou atuar em contextos ampliados de redes de apoio:

1. Em conjunto com a pastoral de rua, conseguiu reativar o fórum de população de rua, que ocorre mensalmente;
2. Participou dos movimentos da população relativos ao orçamento participativo e construção de planilha de direitos de moradores de rua;
3. Apresentou as situações precárias vividas por essa população em todos os fóruns possíveis: congressos nacionais e internacionais, eventos nas faculdades, eventos municipais;
4. Conseguiu, com o distrito, que a população tivesse acesso ao prontuário eletrônico;
5. Conseguiu ampliação do cardápio de vacinas, agregando hepatite B.

Ações

Entre o cardápio de ações implementado pela equipe para conseguir dar conta da grande vulnerabilidade da população, destaca-se:

1. Reunião mensal com abordagem de população em situação de rua, CAPS e outras referências;
2. Reunião semanal de equipe;
3. Reunião mensal com a equipe de Saúde Mental;
4. Abordagem conjunta na rua;
5. Condução involuntária para exames e cuidados;
6. Ações preventivas e terapêuticas nos equipamentos sociais.

Perfil epidemiológico

Algumas observações sobre o perfil demográfico da PSR:

1. Oitenta por cento de homens;
2. Poucas crianças e poucos idosos (após 65 anos, a maioria consegue BPC e sai da rua);
3. Após 40 anos já com situações comumente vividas por idosos: perda de acesso a posto de trabalho pela subespecialização, saúde já precarizada, somatório de patologias.

Alguns subgrupos da PSR com características e abordagens diferentes:

1. Pessoas que dormem na rua;
2. Pessoas que dormem em albergue e abrigo;
3. Pessoas que moram nas repúblicas;
4. Crianças e adolescentes em situação de rua;
5. Mulheres;
6. Migrantes.

Entre os principais problemas encontrados na PSR por sua magnitude e seu impacto, podemos destacar:

1. Abuso de álcool e drogas;
2. Transtornos mentais;
3. Problemas respiratórios (tuberculose, DPOC etc.);
4. Traumas;
5. Problemas de pele;
6. Problemas cardiovasculares (HAS, insuficiência cardíaca, AVC).

Especificidades da equipe

Sobre as especificidades do trabalho da equipe, pode-se citar:

1. Especificidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Em virtude da mobilidade dos usuários, muitas vezes o ACS precisa ficar na UBS, pois é onde encontra o paciente, localiza-o, acompanha-o. Frequentemente fazem papel de acompanhante terapêutico, levando-os às consultas especializadas, urgências, encaminhamentos vários;
2. Devido à grande quantidade de pacientes com transtorno mental, o serviço necessitaria que a equipe de Saúde Mental do Carlos Chagas fosse referência para um número menor de equipes, possibilitando, assim, mais vagas para a PSR;
3. O início do funcionamento da UPA centro-sul melhorou significativamente o acesso à urgência, que antes era muito difícil, pois a referência, o HC, quase sempre não tinha vaga;
4. Os primeiros ACS da equipe eram advindos da PSR, mas a experiência demonstrou a dificuldade de conseguirem separar o trabalho e a vida nas ruas. Outra experiência foi com jovens de ONGs que já trabalhavam com esse público-alvo, mas, apesar do bom serviço, rapidamente migravam para outros melhor remunerados. O que deu mais certo foi a contratação de ACS dentro da área de abrangência do centro de saúde ou de unidades próximas. Por serem pessoas já com vida social mais estabilizada, foi possível uma continuidade no serviço, com grande ganho para os usuários;

5. Quanto à enfermagem, uma característica dos profissionais que passaram pela unidade chama a atenção, a necessidade de um perfil dinâmico. A enfermeira é o verdadeiro coração da equipe, coordena todas as atividades extraconsultório e permite harmonia no trabalho da equipe;
6. O perfil médico até o momento aponta para necessidade de boa formação em clínica médica e gosto por psiquiatria;
7. Quanto às auxiliares de enfermagem, a experiência mostra também a necessidade de perfil dinâmico e de bom contato;
8. A odontologia é peça-chave no atendimento à população em situação de rua. O perfil dos profissionais até o momento aponta também para a dinamicidade, desprendimento e boa relação interprofissional.

Desafios enfrentados

Entre os principais desafios enfrentados com relação a essa população, destacam-se:

1. Local para abrigamento diurno em caso de doenças que não requeiram hospitais, mas que também não podem ser tratadas na rua;
2. Local para internação de pacientes com tuberculose e difícil tratamento;
3. Acesso a tratamento em todas as UBS da cidade;
4. Definição e política clara para atenção à saúde do migrante;
5. Mais serviços de atenção a necessidades básicas (banho, comida, guarda-volume);
6. Política de atenção ao usuário de álcool e drogas mais robusta, com ações setoriais e intersetoriais;
7. Política intersetorial clara entre saúde e assistência social;
8. Política do hipercentro, com retirada sistemática de pertences da PSR à noite e dificuldade de acesso à documentação;
9. Paciente que consegue bolsa-moradia e muda-se para bairro não é acolhido de forma ágil e cuidadosa nas UBS do bairro, o que dificulta a vinculação com nova UBS, apesar de tentativa de transferência responsável feita pela eSF para a PSR.

Condução involuntária para exames e cuidados

CASO 1

A partir de certo dia, o generalista da eSF para a população em situação de rua, que morava em sua área de abrangência, começou a passar por certo caminho para ir para o serviço. Notou um homem todo vestido de preto, com higiene precária, que não conversava com ninguém. A maioria das vezes estava assentado num mesmo lugar, olhando para o infinito. Começou então a perguntar para lavadores de carro sobre o tal homem. Informaram que ele tinha aparecido há alguns meses, que quase não falava com ninguém e que só aceitava comida de um certo lavador de carro. O generalista pediu para a equipe abrir um prontuário e acionou então o serviço de abordagem de população de rua e os ACS para tentar construir a história do homem. Descobriu-

-se o lavador de carro que tinha acesso ao paciente. O generalista fez heteroanamnese com o lavador e descobriu que o paciente se chamava Antônio e disse que, certa vez, passara um profissional de uma empresa que tinha reconhecido o usuário como um morador de certa cidade próxima a BH que tinha sumido. Os ACS começaram a monitorar Antônio enquanto pesquisavam mais dados sobre ele. Descoberto o profissional que o reconhecera, a equipe conseguiu contato com familiares. Tratava-se de Sr. Antônio, portador crônico de transtorno mental que tinha sido trazido por um irmão para BH e abandonado. Tinha outro irmão na cidade que estava à procura dele. Abordagem de população de rua fez contato com família e articulou o retorno de Antônio. Planejamos continuar o monitoramento e, assim que possível, encaminhá-lo para a UPA, para avaliação, a seguir para o CAPS, com vistas ao retorno a sua cidade. Certo dia, a equipe foi avisada que o paciente tinha parado de se alimentar e estava com sinais de descompensação clínica. O generalista e os ACS contactaram UPA e foram para o local. Levado à UPA, foi estabilizado e enviado para o CAPS e, depois, para a sua cidade, onde entrou em tratamento no CAPS. No mês seguinte, tivemos notícia que o Sr. Antônio estava ótimo (...)

CASO 2

(Abordagem conjunta – psiquiatra+educador social)

DFP era uma senhora de meia-idade que vivia há 20 anos nas ruas de um bairro do Centro. Ela tinha uma filha, que, ainda pequena, foi entregue à família para poder estudar. Com a própria mãe convivia muito raramente (rompeu com ela mais de uma vez, a última quando permanecera na casa da mãe, na periferia de BH, convalescente de um atropelamento). A senhora foi acompanhada em visitas de abordagem conjunta durante cerca de quatro anos. Nesse período, tínhamos notícias de abuso de etílicos e de atitudes delas que fizeram com que o entorno quisesse enquadrá-la judicialmente por “atentado ao pudor”. Suas passagens por salas de urgências (clínicas e psiquiátricas) denotavam uma adaptação razoável à realidade quando estava sóbria. Só quando ela aceitou uma entrevista psiquiátrica sob pretexto de requerer benefício junto ao INSS é que ela explicitou (sóbria) o conteúdo delirante místico-persecutório de sua maneira de pensar – e concluímos pelo diagnóstico de esquizofrenia, associado ao alcoolismo. Em uma das visitas de abordagem conjunta (EAR/ESM), ela gritava, tirava roupas, estava hostil, inabordável. Devido à intoxicação etílica, constatamos a necessidade de condução involuntária pelo SAMU, que pediu que solicitássemos também uma viatura da Polícia Militar para dar suporte (evitar agressões/registo de ocorrência). DFP foi levada para uma sala de urgência psiquiátrica num hospital do Estado, com acordo de transferência para o CAPS/CERSAM de referência no dia seguinte. A continuidade do tratamento permitiu a família reaproximar-se dela.

A eSF para a população em situação de rua de Belo Horizonte é responsável pelo atendimento do morador de rua que dorme na área compreendida pela Av. do Contorno ou nos equipamentos sociais (albergue, abrigo, república). Nessa população, encontramos prevalência de transtorno mental grave e/ou drogadição em torno de 80%. Entre os pacientes atendidos pela equipe de saúde para população em situação de rua, os de mais difícil abordagem são os moradores de rua não vinculados a nenhum equipamento social e com transtorno mental ou drogadição grave. Para eles, a equipe desenvolveu todo um cardápio de ações possíveis e, entre elas, o que chamamos de **condução involuntária para exames e cuidados (CIEC)**.

Condução involuntária para exames e cuidados

PASSOS DA CIEC

Entrada do caso

- Em geral, após solicitação de equipe de abordagem da SMAS;
- Na maioria das vezes, a causa básica da entrada do caso é o transtorno mental.

Discussão em equipe

- Discussão em reunião periódica com abordagem e equipe de Saúde Mental com montagem de plano de ação. Na maioria das vezes, a causa básica da entrada do caso é o transtorno mental.

Levantamento da história

- Levantamento de histórico com anamnese, heteroanamnese com entorno, internações hospitalares;
- Acompanhamento da abordagem contínua.

Acompanhamento

- Acompanhamento periódico pelos agentes comunitários ou educadores sociais;
- Definição de necessidade de CIEC se há aumento de vulnerabilidade;
- Às vezes, dura anos.

Definição de atribuições

- Quem vai fazer a ação?
- Para onde vai?
- Para onde vai após a estabilização?
- Quem vai cuidar da articulação pós-estabilização?

Monitorização

- Acompanhamento periódico e avaliação médica se há instabilização.

Mensagens-chave:

- Onde no mundo tem dado mais certo o atendimento à saúde da população em situação de rua conta com a experiência de equipes junto a esse grupo social, criando tecnologias, servindo como matriciadora e com o cuidado compartilhado por toda a rede.
- A Rede de Atenção à Saúde no Brasil tem como eixo organizador a atenção básica e deve ser centrada nas necessidades das pessoas e coletivos, assim, o atendimento à população em situação de rua deve partir necessariamente desse modelo.

9.2 BOMPAREIRO PSICOSSOCIOAMBIENTAL: UM TRABALHO ASSUMIDO

Marta Regina Marques
Lodi Marivaldo da Silva Santos
Juliana Mendes de Melo

O Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, ligado à Pastoral do Menor, foi fundado em 1946. Tem como missão articular e contribuir para a defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, familiares e população em situação de rua da zona leste de São Paulo, por meio de programas socioeducativos, desenvolvidos em unidades de atendimento, favorecendo o protagonismo social, valorizando o acolhimento, solidariedade e compromisso, vivenciados por todos que atuam na organização.

Nesse contexto, a instituição sediou, no município de São Paulo, em 2004, o Programa A Gente na Rua, o qual surgiu da mobilização social da população em situação de rua (PSR), que reivindicava o direito do acesso à saúde conforme os princípios e diretrizes do SUS. Posteriormente, consolidou-se como Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família para a População em Situação de Rua está inserida nas subprefeituras da Sé, Mooca e Pinheiros, pois concentram a maior PSR no município de São Paulo. A equipe da ESFR é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicóloga, gestor ambiental. Considerando que o ACS atua como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, passando a ser um facilitador por meio do vínculo e vivência, destacamos a importância da contratação de pessoas com vivência em situação de rua/albergue para atuar como agentes comunitários de saúde. Esse profissional é o primeiro facilitador que promove as diversas formas de interlocução com as pessoas, acompanhado dos diferentes olhares profissionais para os fatores de promoção e prevenção e reinserção delas.

Esse grupo social encontra-se em estado de alta vulnerabilidade social, morando nas ruas, casas de acolhidas ou frequentando espaços de convivência. Devido a vários motivos, tem dificuldade de se reestruturar na sociedade e passa a não se preocupar mais com seu bem-estar, muito menos, refletir sobre o impacto que o meio ambiente exerce sobre a saúde.

Pensando em melhorar a condição dessas pessoas é que a equipe da ESFR desenvolveu projetos ambientais como o BOMPAREIRO, visando a contribuir para a melhora da autoestima e o bem-estar biopsicossocial em todos os níveis, incluindo a discussão sobre o meio ambiente. Esse projeto busca, por meio de um gestor ambiental que também teve a vivência de situação de rua,

a realização de ações compartilhadas com a equipe da atenção básica e ESF, com o objetivo de orientar, promover, prevenir e fomentar a reflexão sobre mudanças de comportamento, enfatizando a degradação ambiental interna das pessoas e como meio em que elas vivem. O BOMPARceiro apresenta grande potencial nas questões socioambientais para a sensibilização da população nas mudanças de pensamento e atitudes no âmbito da cidadania, bem como o cuidado dos espaços públicos em que vivem.

Estratégia de ação

Para o desenvolvimento do projeto, iniciamos um levantamento sobre os tipos de relações que afastavam a comunidade da população em situação de rua que estava inserida nas praças, bairros e viadutos da região, porém invisível à comunidade. Posteriormente, realizou-se o reconhecimento do território e articulação dessa rede local por meio dos agentes comunitários. E, por último, durante as reuniões de equipe, ocorreu a elaboração do planejamento de ações estratégicas para envolver a comunidade como um todo.

As ações realizadas possibilitaram encontros, rodas de conversa, atividades culturais e um ambiente saudável, por meio da disseminação da conscientização do meio ambiente interno, pensando no “eu”, e externo.

Considerando que o indivíduo em situação de rua exerce o papel de catador, reciclando o lixo que a comunidade por muitas vezes não separa, prejudicando sua saúde e o trabalho desse cidadão, além de depreciar erroneamente o seu verdadeiro papel social, foram elaboradas ações com a comunidade buscando valorizar a importância da coleta seletiva e o potencial de cada pessoa e proporcionando uma vivência harmoniosa, entendendo as questões de visibilidade dos seus moradores, independentemente do nível social ou local em que vivem.

Com o Projeto BOMPARceiro, foi possível que a comunidade trouxesse as dificuldades e limitações em se relacionar com as pessoas que vivem em situação de rua e com os cães, para juntos elaborarmos estratégias de inclusão da população na comunidade. Além de estabelecer uma parceria com a Zoonoses, para orientação e vacinação dos cães.

Resultados

Por meio da Estratégia Saúde da Família/SMS e Bom Par, está sendo possível desenvolver ações ambientais por meio do BOMPARceiro, nome escolhido pensando que, quando cuidamos do ambiente interno e externo, todos acabam contribuindo para que futuras gerações formem mais um bom parceiro, dando apoderamento das ações de reflexão e exercício de cidadania, prevenção e promoção de saúde e meio ambiente, de forma consciente e adequada dos espaços públicos.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-45, 2004.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. Instrumentos para o Diagnóstico Sociossanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. A. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

BASTOS, C.M. et al. **Pastoral do povo de rua: vida e missão**. São Paulo: Loyola, 2003.

BARRETO, F.P. **A urgência subjetiva na saúde mental**. Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: plenária sobre o dispositivo: Invenções e Intervenções, 14. Rio de Janeiro, 2004, 8 p. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/pdf/Francisco_Paes_Barreto_A_urgencia_subjetiva_na_saude_mental.pdf> Acesso em: 30 maio 2008.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **A população em situação de rua: seminário sobre políticas públicas**. In: Fórum de população em situação de rua de Belo Horizonte, 1, Belo Horizonte: SEGRAC, 1998.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Relatório do 1º Censo de População de Rua de Belo Horizonte**, Belo Horizonte, 1998.

BITTENCOURT, B.E. Saúde mental na lógica territorial: a radicalidade do conceito de rede. Simpósio de Saúde Mental: Pesquisar e Intervir para Transformar: sessão I: questões metodológicas e éticas da pesquisa acadêmica em saúde coletiva e saúde mental. 3. Belo Horizonte, junho de 2006. **Anais...** Belo Horizonte, FAFICH/UFMG, 2006, 6 p.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **2º Censo da População em Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte: meta 10 – realização de ações de atendimento socioassistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população de rua**. Belo Horizonte: MDS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.059, de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 5 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui o CAPs – 24 horas (CAPS AD III), no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 20 set. 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_ua.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Guia de procedimentos metodológicos no trabalho com população em situação de rua**: Organização Humanitária Médicos sem Fronteiras. Rio de Janeiro: Projeto Meio-Fio, 2000.

BRITO, M. M. M. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. **Psicol. Cien. Prof.** Brasília, v. 26 n. 2, p. 1-8, jun. 2006.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20dez.2011.

CANDIDO, N. A. **Ação pastoral da Igreja Católica Apostólica Romana face ao direito à inserção social de pessoas em situação de rua**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2006.

CANONICO, R. P. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. São Paulo: **Rev. Esc.Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, Edição especial, 2007, p. 799-803.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 3, p.709-716, 2010.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n. 3, set. /dez. 2006.

CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

SCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos**: o caso de Belo Horizonte 1998-2005. Belo Horizonte, 2005.

GROTBERG, E. H. **A guide to promoting resilience in children**: strengthening the human spirit. Haya: The Bernard van Leer Foundation, (Early Childhood development – Practice and Reflections, v. 8) 1995.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: HUCITEC, 1997. 96 p.

MENDES, E. V. **As evidências internacionais sobre a Atenção Primária à Saúde e a estratégia de implantação do Saúde em Casa em Minas Gerais**: o plano diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Comitê de Assuntos Estratégicos, nota técnica, 2007.

_____. **Os moradores de rua e suas trajetórias**: um estudo sobre os territórios existenciais da população de rua de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

_____. Entrevista: O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: _____. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NICÁCIO, F. Instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, Antônio. **Saúde Loucura**, n. 1. São Paulo: HUCITEC, 1989, p. 91-108.

PALOMBINI, A. L. **O louco e a rua**: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. 8 p. ago. 2001. Disponível em: <<http://www.geocities.com/acompanhamentoterapeutico/palombiniloucoearua.htm>>. Acesso em: 3 jun. 2006.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-59, jun. 2006.

REIS JUNIOR, A.G. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

SOUZA, M. E.; LOBOSQUE, A. M. (Orgs.) **Atenção em saúde mental**. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. 238p.

VARANDA, W.; ADORNO, R.C.F. **Descartáveis urbanos**: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr.2004.

WATT, Richard G. Introdução. In: WATT, Richard G. et al. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência**: conhecimentos e práticas. São Paulo: Santos, p.1-12, 2004.

REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS

Ministério da Saúde—www.saude.gov.br

Disque-Saúde – 0800 61 1997

Ouvidoria do SUS – 136

Disque-Direitos Humanos – 100

Coordenação Geral de Gestão de Atenção Básica –CGGAB – (61) 3315-5905 –
Fax: (61) 3315-8849

Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – CGUE – (61) 3315-9210/9209 (**SAMU**)

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – (61) 3315-7809

Programa Nacional de Controle da Tuberculose

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101

Movimento Nacional da População de Rua – (71) 8849-0152
www.falarua.org

Secretaria do Movimento Nacional da População em Situação de Rua/ MNPR –(71)
3266-0034/e-mail: movpopruasalvador@gmail.com

**Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos
Catadores de Materiais Recicláveis** – (31)3250-6360

Ministério Público do Paraná (sede do **MNPR** em **Curitiba**) – (41)3250-4014

Jornal O Trecheiro – www.rederua.org.br

Jornal Aurora da Rua – www.auroradarua.org.br

ISBN 978-85-334-1950-6



9 788533 419506

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

