



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCO EDUARDO FIGUEIREDO

**EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA UM RELATO DE EXPERIÊNCIA:
Trabalho Desafios E Apontamentos.**

MARACANAÚ

2019

FRANCISCO EDUARDO FIGUEIREDO

EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA UM RELATO DE EXPERIÊNCIA:
Trabalho Desafios E Apontamentos.

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família. Da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves.

MARACANAÚ

2019

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

FRANCISCO EDUARDO FIGUEIREDO

EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA UM RELATO DE EXPERIÊNCIA:
Trabalho Desafios E Apontamentos.

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data: 21/12/2019

Nota: 09

Banca Examinadora:

Prof.^a Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves. (Orientadora)

Prof.^o Wesley Lyevertton Correia Ribeiro

Prof.^o Augusto César Aragão Oliveira

Figueiredo, Francisco Eduardo.

F475e

Equipe Consultório na Rua um Relato de Experiência: Trabalho Desafios e
Apontamentos / Francisco Eduardo Figueiredo. - Redenção, 2020.

27f: il.

Monografia - Curso de Saúde da Família - 2018.2, Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2020.

Orientadora: Dr^a. Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. SUS. 3. Vulnerabilidade social. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 362.1

AGRADECIMENTOS.

Ao eterno **PAI e CRIADOR** por sua misericórdia e bondade se fazerem tão presentes na vida. **Maria de Nazaré, Francisco de Assis**, e todos os bons espíritos que me acompanha na caminhada.

Aos amigos (as) e colegas de trabalho do projeto corre pra vida e equipe de consultório na rua pelas parcerias e trabalhos realizados em conjunto.

Aos usuários pelas vivencias e partilhas; certamente aprendi muito mais do que imaginaria aprender.

Aos amigos de sempre pelo apoio incondicional a **Tayrine Huana** pela ajuda e sugestões.

A **APTU** na pessoa da sua idealizadora **Argina** pela acolhida, que proporcionou o amparo e as condições de concluir essa tarefa. Para mim um exemplo de uma enfermeira que cumpre com dedicação e excelência sua atuação profissional

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APTU- Associação Amparo Aos Pacientes com Tuberculose

ABBEM- Associação Batista Beneficente e Missionaria

AB- Atenção Básica

APS- Atenção Primária A Saúde

CAPS-AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CREAS- Centro Especializado de Assistência Social

CNS- Conselho Nacional Saúde

Centro-POP- Centro População de Rua

eCR- Equipe Consultório Na Rua

ESF- Estratégia

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

LGBT+- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, e mais expressões de gêneros e sexualidade.

MDS- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MS- Ministério da Saúde

OSC- Organização da Sociedade Civil

PMS- Plano Municipal Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNPSR- Política Nacional Para População em Situação Rua

PSR- População em Situação de Rua

PS- Pousada Social.

RAS- Rede de Atenção a Saúde

SPD-CE- Secretaria Especial Políticas Sobre Drogas Ceará

SESA- Secretaria Estadual Saúde

SDHDS- Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social

SMS- Secretaria Municipal Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UNESCO- Organização das Nações Unidas Para Educação, a Cidadania e Cultura.

UAPS- Unidade Atenção Primaria Saúde

UBS- Unidade Básica Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 Atenção Primária à Saúde	14
3.2 Consultório na Rua.....	15
3.3 População em situação de rua.....	18
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 Tipo de Estudo.....	18
4.2 Local da Pesquisa.....	18
4.3 Participantes da pesquisa.....	18
4.4 Período Do Estudo.....	18
4.5 Procedimentos Da Experiência.....	19
4.6 Aspectos éticos.....	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 O trabalho em si.....	20
5.2 Reflexões e Questionamentos	21
5.2.1 Do trabalho em rede os desafios da saúde.....	21
5.2.2 A questão da invisibilidade.....	22
6 CONCLUSÃO.....	24
REFERENCIAS.....	25

Equipe Consultório Na Rua Um Relato De Experiência: Trabalho Desafios E Apontamentos.

Francisco Eduardo Figueiredo¹

Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves²

RESUMO

O presente trabalho apresenta por meio de relato de experiência pontos fortes e fracos, bem como reflexões a cerca do trabalho desenvolvido com pessoas em situação de rua e uso problemático de substâncias. Utilizando-se da metodologia científica descrever-se á o trabalho desenvolvido em parceria com a equipe de Consultório na Rua de Fortaleza CE. Tendo como objetivo principal, Descrever em forma de relato de experiência o trabalho da equipe de consultório na Rua de Fortaleza. Trata-se, portanto de um Relato de Experiência com uma abordagem Qualitativa. O relato de experiência é um texto que caracteriza precisamente uma dada vivência que possa colaborar de forma positiva para determinada área de atuação. Fortaleza conta com uma rede de saúde bem equipada e organizada conforme estabelece as diretrizes e marcos regulatórios do SUS; o PMS traz em seu escopo a estruturação detalhada dos serviços ofertados a população desde a baixa até a alta densidade tecnológica, da atenção primaria até a quaternária em saúde. Entretanto o município dispõe de apenas uma eCR e esta ainda é a modalidade I, ou seja, a mais simples e resumida segundo aponta a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua. Conclui-se que a proposta da redução de danos apontada nos marcos regulatórios do SUS, funciona na prática talvez mais do que na teoria. Isso justamente porque o trabalho sempre foi reduzir danos; mais eram tantos danos que poderia se fazer muitos mais, não fossem as teorias que não são postas em prática.

Palavras-chave: Atenção Primaria A Saúde. SUS. Vulnerabilidade Social.

¹ Enfermeiro pós graduando em Saúde da Família pela Unilab

² Docente da Unilab

Street Clinic Team an Experience Report: Work Challenges and notes.

Francisco Eduardo Figueiredo³

Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves⁴

ABSTRACT

This paper presents through experience report strengths and weaknesses, as well as reflections on the work developed with homeless people and problematic substance use. Using the scientific methodology will describe the work developed in partnership with the consulting team at Rua de Fortaleza CE. With the main objective, Describe in the form of experience report the work of the consulting team at Rua de Fortaleza. It is therefore an Experience Report with a Qualitative approach. The experience report is a text that precisely characterizes a given experience that can contribute positively to a particular area of activity. Fortaleza has a well-equipped and organized health network as established by SUS guidelines and regulatory frameworks; The PMS brings in its scope the detailed structuring of the services offered to the population from low to high technological density, from primary to quaternary health care. However, the municipality has only one RCR and this is still the mode I ie the simplest and summarized according to decree No. 122 of 25 January 2011 that defines the guidelines for the organization and operation of office teams on the street. In conclusion, the proposed harm reduction proposed by SUS regulatory frameworks works in practice perhaps more than in theory. This is precisely because the job has always been to reduce damage; But there was so much damage that many more could be done, were it not for the theories that were not put into practice.

Keywords: Primary Health Care. SUS. Social vulnerability.

³ Nurse graduate in Family Health from Unilab

⁴ Unilab Teacher

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta por meio de relato de experiência pontos fortes e fracos, bem como reflexões acerca do trabalho desenvolvido com pessoas em situação de rua e uso problemático de substâncias. Utilizando-se da metodologia científica descrever-se-á o trabalho desenvolvido em parceria com a equipe de Consultório na Rua de Fortaleza-Ce.

A política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instrumento legal em todo território nacional que regula e norteia a Atenção Primária em Saúde (APS), define que está previsto equipes voltadas ao atendimento de populações específicas entre elas, a população de pessoas em situação de rua. Sendo definida na portaria como Equipes de Consultório na Rua (eCR), essa equipe é responsável por articular e prestar atenção integral a pessoas em situação de rua com as mesmas atribuições a responsabilidade definidas pela APS. Ressalta ainda que a equipe pode valer-se de unidades fixas e moveis com inserção em toda a rede de atenção básica do território adscrito. Em municípios onde não exista critério técnico para a criação dessa equipe de eCR, as pessoas devem procurar e seu direito a saúde garantido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) correspondente ao território em que esteja inserido (BRASIL, 2017a).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Fortaleza o município conta com uma rede bem estruturada de saúde em suas secretarias regionais, que ao todo são sete. O PMS faz referencia a “equipes” de consultório na rua, porem até a conclusão desse trabalho o município contava apenas com uma eCR (FORTALEZA, 2017).

Os serviços de saúde oferecem ações e cuidados que muitas vezes não respondem às necessidades dos mais vulneráveis, principalmente do morador de rua, não tendo a clara percepção dos reais problemas e das respostas efetivas que possam aliviar o sofrimento e oferecer um cuidado integral (CARNEIRO, et al; 2006 apud CAMPOS, Ariane 2018, p. 999).

No geral o trabalho das equipes de consultório na rua consiste em: consultas médicas e de enfermagem, apoio especializado conferido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ainda contando com atividades de educação em saúde, apoio e parceria com equipamentos sociais (abrigo, alimentação, higiene,

documentações etc.). A premissa principal da eCR é ser porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), propiciar e coordenar um cuidado integral e longitudinal a essa população específica (CAMPOS, Ariane 2018).

A relevância desse estudo ao abordar essa temática é descrever o trabalho que nem sempre é visto e entendido pela sociedade e pelos profissionais de saúde. Trazer também um olhar humanizado de quem atende e convive de perto com as pessoas em situação de rua, suas dificuldades desafios e paradigmas. Os entraves do sistema e os apontamentos feitos na manutenção e ampliação desse olhar diferenciado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever em forma de relato de experiência o trabalho da equipe de consultório na Rua de Fortaleza.

2.2 Objetivos Específicos

Discutir como se dá o processo de trabalho, estrutura e apoio logístico da equipe, número de profissionais e população atendida;

Refletir o trabalho com a população de rua e sua interface com as políticas de saúde através da atenção a saúde na equipe de consultório de rua.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

Segundo a PNAB vigente os termos: Atenção Primária à Saúde APS e Atenção Básica (AB), são equivalentes e, portanto para efeito do texto descrito nesse estudo irá se considerar também o entendimento da PNAB. Assim exposto temos que a PANAB considera a APS como o conjunto de ações individuais, familiares e coletivas prestadas de acordo com os princípios do SUS a população. Essas ações incluem: Promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Está ainda descrito que o desenvolvimento deve se dá por meio de práticas de cuidado integrado com equipes multiprofissionais adscrevendo a população do território e assumindo a responsabilidade sanitária de saúde (BRASIL, 2017a).

A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Mota e Vicentin (2017) destacam o papel importante desempenhado pela AB em produzir visibilidades entendido aqui como mostrar algo antes negligenciado, esquecido ou despercebido. Defino pelas conquistas sociais do SUS essa produção de visibilidades está presente em populações específicas como a população negra, indígena, homossexuais/ Gays, Lésbicas, travestis/ trans e bissexuais,+ (LGBT+)⁵ população de rua etc. A AB tem ainda como eixo principal a Estratégia Saúde da Família (ESF) norteadora do cuidado e estratégia principal para elaboração do trabalho em saúde.

Segundo Brasil (2017a) a AB tem como princípios: a Universalidade que para a PNAB é possibilitar acesso universal de qualidade e resolutivo, e tendo a APS como porta de entrada preferencial e gerenciadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), acolhendo, vinculando, e corresponsabilizando os sujeitos pela atenção as suas necessidades de saúde. Esse princípio esclarece ainda que o acolhimento

⁵ Lésbicas e Gays designam pessoas que se sentem atraídas por pessoas do mesmo sexo, Bissexuais que sente atração pelo sexo oposto e do mesmo sexo, Transgêneros diz respeito a expressão social da construção dos gêneros masculino, feminino e outros independente do sexo biológico. O Símbolo + representa todas as outras formas e manifestação da sexualidade e gêneros que não estão inseridas na sigla LGBT (GOLD, 2018).

pressupõe organização e funcionamento dos serviços; e que as equipes que atuam na AB nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas de modo universal sem discriminações e diferenciações excludentes. O segundo princípio é o da equidade e o terceiro princípio é o integralidade.

3.2 Consultório na Rua

O consultório na rua surge na PNAB em 2011 como uma política pública voltada para a assistência de uma população vulnerável e específica. A eCR é responsável por articular e prestar assistência à saúde para pessoas em situação de rua; Em unidade fixa ou móvel dependendo dos critérios e modalidades definidas na portaria ministerial e de acordo com a execução do município. São intens necessários conforme o Ministério da Saúde: Desenvolvimento de atividade itinerante na rua, com apoio de unidade móvel e em Unidades Básicas de saúde. Mapear riscos e articular com a rede de saúde o atendimento integral dos sujeitos atendidos (BRASIL, 2017a).

3.3 População em situação de rua

A evolução histórica do capitalismo e o desenrolar do processo de globalização em consonância com o avanço tecnológico acabou trazendo mudanças por vezes negativas para uma grande parcela da população. Esse desenvolvimento, como forma de garantia do progresso econômico, constituiu desigualdades sociais que perduram até hoje e que não trouxeram consigo garantia de melhorias para a camada pobre da sociedade (SILVA, 2006).

A consolidação do sistema capitalista fundamentou um modelo econômico caracterizado pela discriminação, a desigualdade na distribuição de renda, o desrespeito às diferenças e a incerteza de melhoria da qualidade de vida daqueles menos favorecidos. Essas características ganham força e se propagam principalmente em países em desenvolvimento onde não ocorre uma constituição efetiva do bem-estar social acentuando assim as diferenças nas condições de vida da população (SAWAIA, 2012).

É o que acontece no Brasil, onde historicamente a urbanização e o desenvolvimento econômico salientou a exclusão social a partir da divisão de classes, produzindo assim pessoas subjugadas, sem emprego e com poucas

perspectivas de mudanças. Em seu estudo, Castel (1997) classifica esses indivíduos como "sobrantes", pessoas inválidas pela conjuntura econômica e social, cuja sobrevivência depende do mercado de trabalho agora não mais acessível, caracterizando assim um estado de pobreza absoluta, atrelado a falta de pertencimento a sociedade formal.

É nesse contexto de exclusão e desigualdade social que surge a população em situação de rua (PSR), caracterizada segundo Ferreira (2005), como uma população predominantemente heterogênea que sobrevive por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, não dispondo de moradia como um ponto de referência e que geralmente tiveram seus vínculos familiares e sociais rompidos.

Trata-se de uma categoria de pessoas conhecidas também como andarilhos, mendigos, pedintes e sem-teto que por motivos diversos passam a habitar os mais variados locais das cidades como as ruas, praças, calçadas, viadutos e lugares considerados de "passagem", a fim de estabelecerem laços que garantam a sua sobrevivência (FRANGELLA, 2004).

Como vivem nas ruas em condições subumanas, essas pessoas estão constantemente expostas a patologias, violência e quase sempre são vítimas de preconceito. O grande desafio encontrado pelos profissionais que estão à frente das políticas públicas é fazer com que essa população recupere sua identidade enquanto ser humano e que tenham seus direitos garantidos e preservados pelo Estado (BRASIL, 2014).

No Brasil o primeiro censo voltado para a PSR foi realizado nos anos de 2007 e 2008 por meio de um acordo entre a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Foram quantificados um total de 31.922 pessoas em situação de rua em 71 cidades com exceção das capitais São Paulo, Belo Horizonte e Recife. Vale ressaltar que outro censo está sendo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com previsão de divulgação para 2020 (BRASIL, 2008; IBGE, 2015a).

Diante do crescente número de pessoas em situação de rua entende-se a necessidade de implementação de políticas públicas, principalmente de saúde,

voltadas para essa população que sejam resolutivas, equânimes e que levem em consideração os obstáculos sociais, culturais e econômicos que prejudicam a garantia de acesso aos serviços de saúde (NASCIMENTO, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa trata-se um Relato de Experiência com uma abordagem Qualitativa. O relato de experiência é um texto que caracteriza precisamente uma dada vivência que possa colaborar de forma positiva para determinada área de atuação (MAIA, et al., 2016).

A abordagem Qualitativa refere-se ao levantamento de informações de uma população, com o objetivo de compreender e interpretar determinados acontecimentos, a percepção e as expectativas, assim como as experiências dos indivíduos de um grupo. Nesses casos busca-se extrair a subjetividades das situações em estudo (MINAYO, 2017).

4. 2 Local da Pesquisa

O trabalho se deu na cidade de Fortaleza Ceará; espalhado por diversos pontos da cidade, sobretudo no centro onde é mais intensificada a atuação das equipes de abordagens a população em situação de rua. Os dados entre o numero oficial de pessoas em situação de rua em Fortaleza são divergentes sendo que os representantes de movimentos sociais que trabalham e militam na causa afirmam que o governo não tem interesse em levantar esses números justamente para mascarar o problema e não promover politicas publicas. Fortaleza é uma das capitais brasileiras que mais tem pessoas em situação de rua segundo informam os lideres de movimentos sociais.

4. 3 Participantes da pesquisa

A experiência foi desenvolvida com base nas vivencias de trabalho dos profissionais que atuam com as pessoas em situação de rua, vulnerabilidade social, e uso problemático de substancias.

4. 4 Período Do Estudo

As ações foram realizadas por meio da observação das situações e reflexões dos casos que sempre exigiam complexidade e intersetorialidade para

possível resolução. Com período de Janeiro a Junho de 2019 na fase de observação e de Agosto a Dezembro para interpretação dos resultados e corroboração com a literatura.

4.5 Procedimentos Da Experiência

O trabalho dos profissionais da equipe de consultório na em Fortaleza se dá no período da semana de segunda a sexta feira em horário das 8:00hs às 17:00hs. Mesmo vinculados a uma UAPS e desenvolvendo atividades na mesma, a equipe tem uma agenda itinerante nas praças, pontos específicos na rua e outras instituições que acolhem e desenvolvem trabalhos sociais. A assistência à saúde se dá através de consultas e pequenos procedimentos de enfermagem, escuta qualificada e orientação psicológica, e atendimento de profissional de assistência social. Sendo, portanto a equipe composta de Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e técnico de Enfermagem. Os pacientes mesmo não tendo lugar fixo, sempre estavam nos territórios formados por seus vínculos de amizades e reconheciam a equipe e interagiam com ela.

4.6 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa atende todas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos - apresentadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por se tratar de um relato de experiência não há necessidade de submeter ao comitê de ética.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O trabalho em si

O trabalho da eCR de Fortaleza em conjunto com as equipes de abordagem do poder público como Centro População de Rua (Centro POP) Pousada Social (Ps), Ponte de Encontro, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) e outras equipes vinculados as Organizações da Sociedade Civil (OSC) sendo muitas delas financiadas com dinheiro público para executarem projetos que também tinham finalidades idênticas. Vale ressaltar que poucas OSC concorriam a editais públicos sendo a maioria mantidas por doações de pessoas vinculadas a denominações religiosas e seus líderes.

Na atuação das ações sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma mais direta as OSC: Associação Batista Beneficente e Missionaria (ABBEM) e Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose (APTU) prestam relevantes serviços de apoio e suporte conseguindo chegar onde o poder público não conseguia promover um trabalho equânime. A ABBEM em parceria com a Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas do Ceará (SPD-CE) desenvolveu o projeto Corre pra Vida onde atuei como profissional e em parceria com a eCR de Fortaleza. Em dezembro de 2018 o governo estadual extinguiu a SPD e transferiu as responsabilidades inerentes ao Corre Pra Vida para a Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

O atendimento as pessoas em situação de rua se dava de segunda a sexta feira das 8:00hs às 17:00hs e em algumas situações especiais em finais de semana e horários noturnos. A eCR de Fortaleza conta com uma equipe com 2 Enfermeiros, 2 Técnicos de enfermagem, 1 psicóloga, 1 assistente Social, 1 motorista. Os atendimentos deram-se em sua maioria na rua em locais específicos como no centro da cidade em especial na praça do Ferreira por ser um lugar onde sempre existe um fluxo de pessoas recém chegadas vindos(as) de outras regiões, bem como os reincidentes; ou seja aquelas pessoas que saíram da condição de rua, mas que por algum motivo acabaram voltando, e a praça do Ferreira é o ponto onde eles encontram mais apoio em forma de ajudas solidarias, sobretudo em alimentos e

mantimentos, bem como eles relatam se sentirem mais seguros por lá por ser uma praça monitorada e por ficar no centro comercial da cidade. Isso facilita inclusive eles manguiarem⁶ e conseguirem algum dinheiro.

5. 2 Reflexões e Questionamentos

A seguir apresentam-se alguns questionamentos levantados durante o trabalho diante das limitações encontradas no dia a dia da atuação dos profissionais.

5.2.1 Do trabalho em rede os desafios da saúde.

Fortaleza conta com uma rede de saúde bem equipada e organizada conforme estabelece as diretrizes e marcos regulatórios do SUS; o PMS traz em seu escopo a estruturação detalhada dos serviços ofertados a população desde a baixa até a alta densidade tecnológica, da atenção primária até a quaternária em saúde. Entretanto o município dispõe de apenas uma eCR e esta ainda é a modalidade I ou seja a mais simples e resumida segundo aponta a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua.

Essa modalidade de equipe não conta com um profissional médico, o que é uma limitação pois a enfermagem não dá conta de todos os casos clínicos e complexos, além do mais a capital é grande e apenas uma equipe não consegue dar assistência e cobertura a todos os casos. Tanto a PNAB quanto o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); trazem que é competência dos municípios implantarem em seus territórios os serviços, bem como desenvolverem a transversalidade da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR). Ou seja assim como está em outros arcabouços legais do SUS é competência do município implantar e desenvolver as políticas públicas voltadas para assistência a saúde.

A PNAB ainda traz que é o município que deve solicitar junto ao Ministério da Saúde (MS) o financiamento com os requisitos para implantação de equipes para populações específicas. Sendo assim boa parte dos casos tinham que ser

⁶ É um jargão utilizado pelas pessoas em situação de rua para designar o ato de pedir esmola.

referenciados pois sem médico e sem suporte tecnológico a equipe não conseguia resolver mesmo os casos mais simples de saúde.

O encaminhamento na rede de saúde de pessoas em situação de rua é outro desafio, os profissionais de diversos serviços não sabiam sequer do direito universal dos pacientes serem atendidos quanto mais da existência da PNPSR, logo faltava educação em saúde e trabalho articulado em rede as próprias Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) colocavam barreiras no acesso da população ao serviço, justificando que devido a superlotação já não davam conta nem de sua população adstrita, e que portanto a eCR deveria sozinha resolver os casos já que na visão de muitos profissionais da AB a eCR era uma espécie de “equipe especializada” e não compreendiam que a eCR também faz parte da APS.

Uma limitação da eCR é que a gestão não liberava a equipe para trabalhar em horário que não fosse comercial contrariando inclusive a PNAB que afirma que para essas modalidades de equipes especiais para populações específicas deve-se organizar o trabalho de acordo com as características do público atendido; pessoas em situação costumam adotar horários mais noturnos por diversas razões.

Em Fortaleza a eCR conta com um grande apoio do trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS) e das OSC que tem um trabalho bastante intensivo no acolhimento e assistência a pessoas em situação de rua, isso corrobora o que traz a PNPSR quando traz a transversalidade diante dos outros aspectos da vida dessas pessoas que além de estarem na rua tem toda uma questão de vulnerabilidade social por trás. Porém o sentimento dos profissionais da eCR é que na saúde ainda restam muitas barreiras a serem superadas (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; FORTALEZA,2017).

5.2.2 A questão da invisibilidade

Depois de pouco mais de um mês constatou-se no trabalho que de fato como aponta o MS os problemas mais prevalentes entre a população de rua são: problemas nos pés e ferimentos, infestações, IST/ HIV/AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, problemas dentários, tuberculose. Diante de tantos casos complexos tentou-se articular com alguns serviços de APS,

porém as UAPS relatavam não ter recursos humanos e tecnológicos necessários, pois um problema recorrente era como inserir as pessoas em situação de rua nos programas de saúde pública porque era necessário inscrever, registrar em um território e para tanto o usuário possuir endereço fixo. Ao deparar-se com essa barreira a equipe fez sucessivas reuniões para tentar encontrar um local fixo para aplicar a penicilina benzatina nos pacientes infectados pela sífilis, por exemplo, porém esse objetivo ficou barrado na burocracia de tentar acionar a gestão.

A Kombi⁷ um automóvel antigo utilizado pela equipe não possui o mínimo suporte para realizar qualquer procedimento. Os usuários devido aos conflitos impostos por causa da territorialidade do crime organizado não podem circular em todos os pontos da cidade o que criou outra barreira, pois às vezes determinado serviço tinha que ser referenciado para unidades de “poder paralelo”⁸ diferente da que o usuário estava inserido. Ao tentar viabilizar com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) descobriu-se que não havia um senso dos indicadores, e que por meio da epidemiologia essa população estava totalmente na invisibilidade, estávamos atuando em áreas de altos índices de doenças numa população alvo que não era notificada e, portanto ficava difícil cobrar do poder público medidas de controle e combate. Sendo assim, mesmo identificando muitos casos de Infecção Sexualmente Transmissível (ISTs) e tuberculose entre a população em situação de rua é difícil concluir o tratamento porque além dos problemas sociais associados; a rede de saúde impunha barreiras burocráticas e de gestão.

Ainda sobre a invisibilidade os movimentos sociais e OSC travam uma luta constante para que seja feito um levantamento real das pessoas em situação de rua. O MS refere que até a atualidade apenas os estados de Goiás, Bahia e Rio Grande do Sul; e as cidades de Goiânia- Goiás e Curitiba- Paraná possuem comitês técnicos de saúde a população em situação de rua. Instituídos em conjunto com o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua os Comitês são espaços de pactuação, participação e controle Social. Apesar do PMS de Fortaleza falarem em ampliação das eCR até o presente ano 2019 não houve expansão da política (BRASIL, 2017c; FORTALEZA, 2017).

⁷ Automóvel fabricado pela Volkswagen, lançado no Brasil em setembro de 1953 o modelo foi um sucesso (FURLAN, 2019).

⁸ Crime organizado, exercido, sobretudo nas favelas e regiões periféricas é uma dominação fora das leis que regem o estado e que impactam na vida social das pessoas (LEAL; ALMEIDA, 2012).

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a proposta da redução de danos apontada nos marcos regulatórios do SUS, funciona na prática talvez mais do que na teoria. Isso justamente porque o trabalho sempre foi reduzir danos; mais eram tantos danos que poderia se fazer muitos mais, não fossem as teorias que não são postas em prática.

Trabalhar com pessoas em situação de rua é sem dúvida uma grande oportunidade para perceber que de fato a saúde não é apenas ausência de doença mas, sobretudo o desenvolvimento da cidadania no sentido pleno da palavra na vida das pessoas; que o SUS precisa mais de que profissionais capacitados precisa de profissionais valorizados e empenhados em contribuir e costurar elos que construam através do trabalho a saúde e a justiça social.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Portaria Nº 2.436. **Aprova A Política Nacional De Atenção Básica, Estabelecendo A Revisão De Diretrizes Para A Organização Da Atenção Básica, No Âmbito Do Sistema Único De Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Decreto 7.053. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, Dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, maio. 2008.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** 5º Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Campanha Políticas de Equidade para Tratar Bem de Todos: Saúde da População em Situação de Rua.** Brasília: Ministério da saúde, Agosto. 2017c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/869-politicas-de-equidade-em-saude/41381-em-situacao-de-rua>> Acesso em: 24/11/2019.

_____. Portaria Nº 122. **Define as diretrizes de organização e funcionamento Das Equipes de Consultório na Rua.** Brasília: Ministério da Saúde, Jan. 2011.

_____. Resolução Nº 31. **Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, Nov. 2017b.

CAMPOS, Ariane. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. **Rev. Saúde Soc**, São Paulo Sp, v.27, n.4, p.997-1003, 2018.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. **Desigualdade e a questão social.** São Paulo: EDUC, 1997

FERREIRA, F.P.M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005.** Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/files/153/6519858.pdf>. Acesso em: 22 de abril 2016.

FORTALEZA (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 - 2021 /** Secretaria Municipal da Saúde. – Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 167 f.: il. color.

FRANGELLA, S.M. **Corpos urbanos errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo.** 2004.361 f. Tese (Doutorado em Ciências

Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2004.

FURLAN, K. Kombi: a história da Velha Senhora montada no Brasil (1953 a 2013). **Copyright © Notícias Automotivas**. 2019. Disponível em: <<https://www.noticiasautomotivas.com.br/kombi/>> Acesso em: 25/11/2019.

GOLD, M. **Sigla LGBTQ+ cresce para ecoar amplidão do espectro de gênero e sexo**. Folha de São Paulo. Edição Imprensa. Junho, 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/06/sigla-lgbtq-cresce-para-ecoar-amplidao-do-espectro-de-genero-e-sexo.shtml>> Acesso em: 23/11/2019.

HOCHMAN, B; NAHAS, F. X; OLIVEIRA FILHO, R. S; FERREIRA, L. M. **Desenhos de pesquisa**. *Acta Cir. Bras.* [online]. 2005, vol. 20, suppl.2, pp.2-9.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2015**. 2015b. [S.l.; s.n]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230550>>. Acesso em: 8de abril 2016.

LEAL, G.A.S; ALMEIDA, J.R.M. Estado, Crime Organizado E Território: Poderes Paralelos Ou Convergentes? In: XIII Jornada do Trabalho, Out. 2012, Presidente Prudente /SP. **ISSN: 976-85-60711-19-2**.

MAIA, R.S. et al. Uso do prontuário eletrônico em Estratégia de Saúde da Família/Montes Claros–relato de experiência. **Revista Intercâmbio**, v.7, pag. 399-405, 2016.

MATTOS, CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., orgs. **Etnografia e educação: conceitos e usos** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83. ISBN 978-85-7879-190-2.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. , n.7, p: 1-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 14º Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTA, S.T; VICENTIN, M. C. G. Visibilidade, Estigmatização E Territorialização: Percepções Acerca Da Vulnerabilidade Na Atenção Básica À Saúde. **Rev. Distúrb Comun**, São Paulo Sp, v.29, n.1, p.158-171, março, 2017.

NASCIMENTO, T.H.S. O acesso aos serviços de saúde sob a ótica da população em situação de rua. **Caderno de saúde coletiva**. Ceará, 2017.

SAWAIA, B. Exclusão ou Inclusão perversa? In: _____ (Org.), 12º Ed. **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SILVA, M.L.L. **Mudanças recentes no Mundo do trabalho e o Fenômeno População em situação de Rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília- DF, 2006.