

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM ÊNFASE NAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA

CADERNO DE ATIVIDADES

Lucília Elias Lopes
Organizadora



ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DE
PESSOAS ^{EM} SITUAÇÃO
DE RUA COM ÊNFASE NAS
EQUIPES DE CONSULTÓRIOS
NA RUA

CADERNO DE ATIVIDADES

Ministério da Saúde

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Nísia Trindade Lima

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP

Hermano Albuquerque de Castro

VICE-DIRETORA DE ENSINO – VDE/ENSP

Lúcia Maria Dupret

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – CDEAD

Maurício De Seta

Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas Equipes de Consultórios na Rua

COORDENADORAS

Lucília Elias Lopes

Luciene de Moraes Pires Cinti

ASSESSORAS PEDAGÓGICAS

Ana Paula Abreu-Fialho – 2014 a 2018

Mônica de Rezende – 2013 a 2016

Moacyr Torres – 2013 a 2016

Patrícia Barreto – 2013

Maria Angélica Costa – 2016

Suely Rocha – 2018

Priscila Talita Oliveira – 2018

ATENÇÃO

INTEGRAL À SAÚDE DE
PESSOAS EM SITUAÇÃO
DE RUA COM ÊNFASE NAS
EQUIPES DE CONSULTÓRIOS
NA RUA

CADERNO DE ATIVIDADES



Lucília Elias Lopes
Organizadora

Copyright ©2014 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp/EAD

1ª edição – 2014

1ª reimpressão – 2016

2ª edição – 2018

SUPERVISÃO EDITORIAL

Maria Leonor de M. S. Leal

PROJETO GRÁFICO E TRATAMENTO DE IMAGEM

Jonathas Scott

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Ana Lucia Normando

Christiane Abbade

Maria Auxiliadora Nogueira

Selma Monteiro Correia

FOTOS DE CAPA E MIOLO

Antonello Veneri (2011, 2012, 2013)

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA

Adriana Carvalho

Rejane Megale Figueiredo

Carlos Fernando Reis

LEITURA METODOLÓGICA

Ana Paula Abreu-Fialho

Monica de Rezende – 1ª edição

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L864a Lopes, Lucília Elias
Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas
equipes de consultórios na rua: caderno de atividades / organizado por Lucília Elias
Lopes. – 2ª ed. – Rio de Janeiro, RJ: Coordenação de Desenvolvimento Educacional
e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz,
2018.
320 p. : il.
ISBN: 978-85-8432-053-0

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Pessoas em Situação de Rua. 3. Acesso aos
Serviços de Saúde. 4. Moradores de Rua. 5. Aprendizagem. 6. Educação a Distância.
7. Materiais de Ensino. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

2018

**Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância
da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

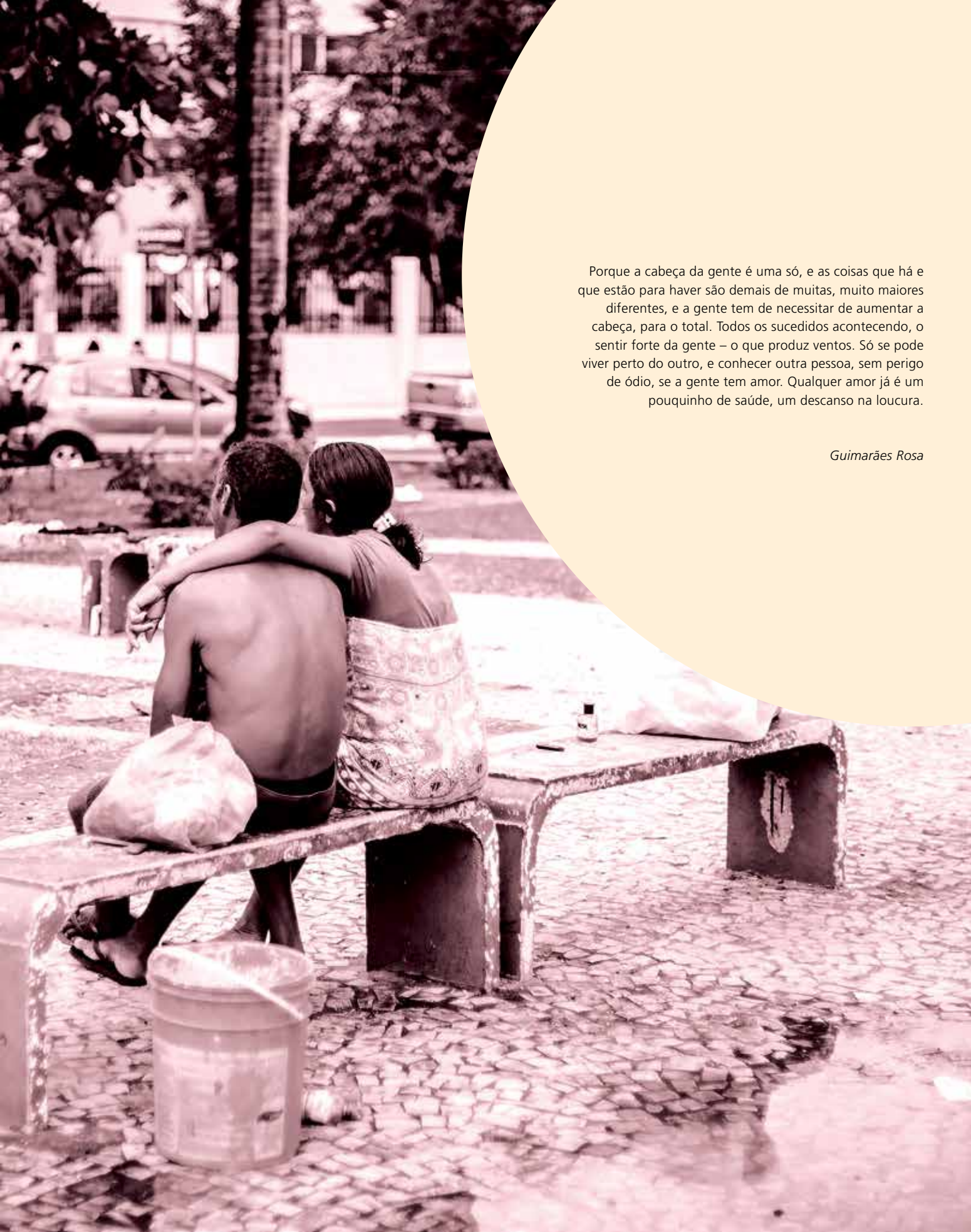
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480

Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

www.ead.fiocruz.br



Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz ventos. Só se pode viver perto do outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

Guimarães Rosa

Organizadora

Lucília Elias Lopes

Psicóloga; doutora em ciências da saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz); mestre em psicologia social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tecnologista em saúde pública na função de psicóloga do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP/Fiocruz).

Autores

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Psiquiatra e arteterapeuta; doutora em ciências pela FMUSP; mestre em psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); mestre em políticas e serviços de saúde mental pela Universidade Nova de Lisboa e Organização Mundial da Saúde; professora afiliada da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Christiane Sampaio

Psicóloga; mestre em educação pela Universidade Federal de Santa Maria; especialista em saúde coletiva; assessora de álcool e drogas pela Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Joice Pacheco

Psicóloga; mestre em saúde mental e atenção psicossocial pela UFSC; especialista na gestão da PNAS; atualizações em violência contra a criança e adolescente e em saúde da população de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua.

Jorge Samuel Dias Lima

Médico; residência em medicina de família e comunidade (MFC) pela UFCE; especialista em MFC pela SBMFC; especialista em clínica médica pela SBCM; preceptor colaborador da residência médica de MFC no cenário/estágio do consultório na rua na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; profissional de equipe de consultório na rua.

Kátia Muniz Amirati

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo; especialista pela Faculdade Santa Marcelina na residência multiprofissional em saúde da família; especialista em saúde da família pela Universidade Federal de São Paulo (Unasus-EAD); especialista em enfermagem em saúde mental e psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo; enfermeira do Consultório na Rua, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, São Paulo.

Marcelo Pedra Martins Machado

Psicólogo sanitarista; mestre em Políticas Públicas em Saúde (Fiocruz Brasília) e Educação em Saúde (IMS/UERJ); especialista em Arte & Cultura na saúde (IOC/Fiocruz); especialista em Apoio Institucional (Unicamp); especialista em Educação em Saúde (IMS/UERJ). Consultor técnico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Colaboradores

Gustavo Figueiredo

Cirurgião-dentista; mestre em tecnologia educacional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutor em psicologia da comunicação pela Universidade Autônoma de Barcelona.

Jorgina Jorge Sales

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza; especialista em pesquisa em álcool e outras drogas (Senad/USP); especialista em urgência e emergência em enfermagem. Atualmente, é docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas; enfermeira do Programa Municipal de Saúde Mental e coordenadora do Consultório na Rua "Fique de Boa"/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió; referência técnica do Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas de Maceió (PEAD 2009-2010).

Mara Cristina Fernandes Barbosa

Graduada em serviço social pela UFRJ; mestre em serviço social pela PUC-Rio; especialista em administração hospitalar pelo Instituto de Medicina Social da Uerj. Assistente social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social). Diretora do Creas Wanda Engel Aduan.

Marco Aurélio de Rezende

Licenciado em psicologia; especialista em saúde do trabalhador; consultor técnico do Departamento da Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Deges/SGTES/MS).

Rosana Ballesteiro Rodrigues

Psicóloga; especialista em apoio institucional em saúde (Unicamp). Consultora técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Valeska Antunes

Médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2003) e residência médica pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (2006). Atualmente, é médica da Estratégia Saúde da Família/ Consultório na Rua/apoio à gestão da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde.

Sumário

Primeiras palavras	13
--------------------------	----

Apresentação	21
--------------------	----

I Território e redes

Christiane Sampaio

Sobre a unidade de aprendizagem	25
Texto disparador de reflexões	27
Território	29
População em situação de rua	31
O cuidado e a rua	52
Rede	58
Considerações finais	68
Atividades da Unidade de Aprendizagem I	69
Atividade 1 – O que acontece em cada lugar?	71
Atividade 2 – Análise situacional	71
Atividade 3 – Análise do fenômeno da violência no território	74
Atividade 4 – Mapa falante	75
Atividade 5 – Percorso de rede	77

II Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua

Joice Pacheco; Jorge Samuel Dias Lima; Katia Amirati; Marcelo Pedra Martins Machado

Sobre a unidade de aprendizagem	83
Texto disparador de reflexões	85
População em situação de rua e a saúde como direito	87
O processo de trabalho das eCR	96
Considerações finais	141



Atividades da Unidade de Aprendizagem II	157
Atividade 1 – Compreensão da equipe de Consultório na Rua dentro da Atenção Básica: a clínica da rua.	159
Atividade 2 – Como concretizar a clínica da rua?	161
Atividade 3 – Análise do perfil sócio demográfico e de atendimento da população de rua acompanhada pela equipe de Consultório na Rua	162
Atividade 4 – Identificação de ações prioritárias no processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua	163
Atividade 5 – Construção de uma agenda mensal para a Equipe de Consultório na Rua	164
Atividade 6 – Utilização de ferramentas organizativas do processo de trabalho da equipe	166

III Cuidado à pessoa em situação de rua

Carmen L.A. Santana; Katia M. Amirati

Sobre a unidade de aprendizagem	171
Atividades da Unidade de Aprendizagem III	175
Atividade 1 – Introdução ao cuidado às pessoas em situação de rua	177
Atividade 2 – Elaboração do caso	178
Atividade 3 – Projeto Terapêutico Singular	180
Atividade 4 – Sistematização de uma prática de cuidado voltada à população em situação de rua	183
Textos de apoio às atividades	185
Sugestão de roteiro para elaboração de um caso na perspectiva da saúde	187
Significado da palavra cuidado	190
Clínica ampliada	191
Conceito de saúde	191
Sobre integralidade na assistência à saúde	192
Projeto Terapêutico Singular (PTS): roteiro geral para estruturação	192
Especificidades do atendimento à população em situação de rua	193
Problemas ortopédicos	197



Condições de saúde e ciclos de vida	199
Álcool e outras drogas	201
Criança e adolescente	206
Doenças sexualmente transmissíveis	211
Feridas e doenças de pele	215
Gestação	220
Hipertensão e diabetes	225
Idoso	229
Infestações	236
Saúde bucal	238
Transtorno mental	242
Travestis e transexuais	248
Tuberculose	253
Textos de apoio aos tópicos de cuidado a diferentes condições de saúde e ciclos de vida	261
Álcool e outras drogas	263
Doenças sexualmente transmissíveis	267
Feridas e doenças de pele	270
Gestação	272
Hipertensão e diabetes	275
Idosos	276
Infestações	278
Transtorno mental	280
Tuberculose	294
Referências	301



Primeiras palavras

Antes de iniciar o estudo do seu Caderno de Atividades do Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas equipes de Consultórios na Rua, propomos a leitura do texto a seguir com o objetivo de que você se situe a cerca da recente história da constituição das políticas públicas nacionais referentes à população em situação de rua, assim como a respeito dos serviços públicos criados para acolher, dialogar e responder às diversas questões colocadas por essa complexa demanda.

Veja alguns elementos importantes para analisarmos esse percurso histórico até a criação das equipes de Consultório na Rua (eCR).

Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua

Sem dúvida, a primeira grande fotografia do contexto nacional da população em situação de rua foi produzida pela Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social entre os anos de 2007 e 2008. Essa pesquisa deu uma contribuição significativa ao colocar a questão em evidência para a sociedade e o governo brasileiro, servindo como subsídio para as políticas públicas hoje implantadas.

Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas. Esse número diz respeito aos resultados da pesquisa realizada em 71 municípios. Entre as capitais brasileiras, São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre não fizeram parte dessa pesquisa, pois recentemente haviam realizado estudos semelhantes. O município do Rio de Janeiro, por exemplo, apresentou uma pesquisa em que o número de pessoas vivendo em situação de rua foi de 5.750. Assim, considera-se que, atualmente, o total de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil é mais elevado.

A maior contribuição trazida pelo resultado dessas pesquisas foi desmistificar e complexificar a questão da vida nas ruas e suas relações.

Os dados apresentados e as articulações entre eles deixam claro o quanto é difícil, e provavelmente impossível, dar respostas rápidas e simples aos problemas que se apresentam às pessoas em situação de rua, assim como aos trabalhadores e serviços envolvidos.

A determinação de gênero, de raça/cor e escolaridade mantém um forte traço de nossa sociedade quanto à exclusão de negros, com baixa escolaridade e pobres. Porém, quando a questão é o motivo de ida para as ruas, drogas, desavenças familiares e desemprego misturam-se de uma maneira que fica muito complicado dizer qual é a “verdadeira causa”, tornando assim igualmente difícil determinar qual a forma mais adequada de propor caminhos: tratamento para a questão com as drogas, “restituição” dos laços familiares ou trabalho/emprego. Provavelmente, as propostas atravessam um trabalho articulado entre esses três campos. Outro mito importante que a pesquisa ajuda a quebrar é que as pessoas em situação de rua sejam “vagabundas e desocupadas”, pois o percentual de trabalhadores é maioria absoluta. Além desse, desfaz o mito da fome absoluta, já que é igualmente grande o número de pessoas que se alimentam todos os dias, vivendo nas ruas, conforme nos aponta a pesquisa.

Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR, Decreto n. 7.053, de 23/12/2009)

A PNPR traz consigo o acúmulo dos últimos anos de debate, da produção de dados e do conhecimento sobre a população em situação de rua, associados à intensa participação do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR). Esse acúmulo se apresenta desde a caracterização dessa população até a necessária articulação de atores e políticas públicas a fim de oferecer algumas respostas às questões trazidas.

A PNPR apresenta como diretrizes: promoção de direitos; articulação e integração das políticas públicas; implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, assim como a capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e do respeito no atendimento desse grupo populacional. Além disso, um dos fundamentais objetivos dessa política é criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços.

O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da PNPR é instituído com a integração de representantes da sociedade civil

e um representante e respectivo suplente de diversos órgãos (Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que o coordenará; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério das Cidades; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério dos Esportes; e Ministério da Cultura). Ficam também instituídos comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população, para as cidades que aderirem à PNPR.

Redução de Danos e o Programa de Redução de Danos (Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS)

A Redução de Danos (RD) no Brasil tem seu marco inicial na experiência da cidade de Santos-SP, em 1989, e, em 1995, segue como estratégia de enfrentamento à epidemia de Aids, que, então, ocorria no país, na forma dos Programas de Redução de Danos (PRD). Nesse momento de implantação das ações de redução de danos, as universidades e as coordenações municipais/estaduais tiveram o papel de dar vida e corpo aos primeiros PRD, financiados pelo Ministério da Saúde. Essa foi uma das experiências iniciais em que a oferta de cuidado aconteceu de maneira ativa, indo até as comunidades e os espaços onde circulavam os usuários que não queriam ou não conseguiam se cuidar.

A RD tem uma longa história e vasto repertório de estratégias e medidas no campo da saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, na medida em que os estudos e as pesquisas realizados apontam que alguns usuários não conseguem e/ou não querem parar de usar drogas, mas precisam ter os riscos minimizados para a infecção pelo HIV e hepatites. Todo esse aprendizado precisa ser incorporado à clínica e ao cuidado em saúde, de maneira geral, não só para as questões referentes ao uso prejudicial de drogas, mas em toda relação de cuidado. O ponto comum nas diversas experiências mundiais (Inglaterra, Holanda, entre outras) com a RD é utilizar como eixo central o protagonismo do usuário no processo de cuidado.

A RD se apresenta no contexto da Atenção Básica como uma ética/lógica essencial na produção do cuidado. Articulando um conjunto de estratégias e saberes, a RD busca estar no centro da relação entre todos os trabalhadores da saúde e o usuário do SUS. Tomando como pressuposto que o cuidado será pautado pela relação estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário, as ofertas dialogam com as possibilidades e limites dessa relação. Essa perspectiva procura oferecer uma chance de lidar com o afastamento dos saberes e práticas dos trabalhadores da saúde da vida concreta dos usuários, afastamento este que se traduz na produção de um cuidado prescritivo e pouco aberto à participação ativa do usuário.

Há boas pistas para o SUS nessa experiência: a aposta na força do vínculo aos usuários e na escuta desses como ponto de partida para pensar e operar a clínica; a criação de um espaço para que os usuários possam ser capazes de se auto-organizar e se autocuidar; assim como o fortalecimento do papel do trabalhador do SUS como facilitador desse processo, sempre de maneira ativa, oferecendo o que for possível a cada momento.

Consultório de Rua (Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS)

O Consultório de Rua surge de uma experiência realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia, no ano de 1999, em que se buscava uma resposta para o problema das crianças em situação de rua e uso de substâncias psicoativas, a partir da experiência denominada Banco de Rua, desenvolvida na Praça da Piedade, em Salvador, idealizada e conduzida pelo prof. Antonio Nery Filho. Diante da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua e de sua exposição aos mais diversos riscos, sua equipe passou a trabalhar em regiões da cidade onde a concentração dessa população e os riscos sociais, físicos e psicológicos eram maiores.

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Pead), no Sistema Único de Saúde, e também do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, em 2010.

Até meados de 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) contava com equipes de Consultório de Rua que faziam parte da Política Nacional de Saúde Mental. Todavia, ouvida a população de rua que reivindicava ser vista não apenas pelo uso problemático do álcool e outras drogas ou pela vivência do sofrimento ou transtorno psíquico, essas equipes foram incorporadas ao conceito e às práticas da Política Nacional de Atenção Básica.

Outras experiências de cuidado à população em situação de rua

A construção de propostas para o cuidado da população em situação de rua no Brasil tem um longo histórico de intersetorialidade. Nas décadas de 1970 e 1980, a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, iniciou um 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 a pessoas em situação de rua naquela época, 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).

Após o aumento da representatividade da população em situação de rua, potencializada por essas iniciativas, os gestores públicos dos municípios de maior porte começaram a delinear estratégias de identificação das demandas e de abordagem desse grupo social. Em Belo Horizonte, por exemplo, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social assumiu, em 1993, a agenda política das ações voltadas para essa parcela da população, por meio do Programa de População em Situação de Rua, e fomentou a realização do Fórum da População em Situação de Rua. Tal iniciativa desempenhou, então, 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, destacaram-se: 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.

O cuidado à população em situação de rua na Atenção Básica

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 característica migratória, o que gerava exclusão dessas pessoas da rede assistencial. Assim, em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou a primeira equipe de Saúde da Família específica e exclusiva para o atendimento da População em Situação de Rua (PSR), sem território de abrangência fixo, que passou a ser o equipamento de saúde de referência para essa população, e assumiu a vocação de matriciar 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, implantou suas primeiras equipes de Saúde da Família para população em situação de rua por meio do Programa “A Gente na Rua” (CANONICO et al., 2006), e aprofundou o paradigma semântico de certas abordagens de equipes à PSR, em que visita domiciliar passou 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 começaram 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 implantaram 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, Recife e Rio de Janeiro também realizaram censos municipais específicos para contagem e estudo desse grupo social.

Diante desse contexto, as equipes de Consultório na Rua (eCR), instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (BRASIL, 2012), integraram-se como um dos componentes da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial. E, assim, passaram a 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,

considerando uma das demandas dessa equipe a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

As equipes de Consultório na Rua são multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde, tanto na rua (*in loco*) como na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estão lotadas. As atividades são realizadas de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às demais UBS locais. As equipes de Consultório na Rua lidam com diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo também ações compartilhadas e integradas 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.

Este curso, que consiste em uma ação de educação permanente, foi elaborado a partir dos problemas e desafios concretos das equipes de Consultório na Rua, visando, assim, apoiar e ofertar ferramentas concretas para sua implantação e qualificação do processo de trabalho, em consonância com as diretrizes da política nacional.

Esperamos que esta iniciativa contemple as inquietações e dificuldades que surgem no cotidiano de quem trabalha nas equipes de Consultório na Rua e, também, as dos demais trabalhadores da rede que se relacionam com a população em situação de rua. Esperamos ainda que, a partir do curso, outras estratégias sejam articuladas nos territórios por vocês, protagonistas desse processo, para que tenhamos resultados positivos no que diz respeito à melhoria da Atenção Básica no país.

Um bom curso a todos/as!

Apresentação

Você está iniciando agora seu percurso pelas atividades do Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas Equipes de Consultórios na Rua.

Esse percurso será realizado por você junto com outros alunos, com quem formará uma equipe de trabalho no curso (a “miniequipe”), constituída com base na proximidade geográfica de vocês. Isso é importante porque os problemas e as questões variam muito de um território para o outro. A realidade local vai ser singular, pois, mesmo nos grandes centros de uma mesma cidade, percebemos diferentes formas de viver da população em situação de rua, locais em que descansam, trabalham, assim como os locais de intenso consumo de drogas. Todos esses aspectos influenciam a forma de ofertar e estabelecer cuidado.

Aprender a atuar de forma intersetorial e coletiva, articulando profissionais da assistência social e saúde, com inserções diversificadas, é fundamental para potencializar na prática o conceito da integralidade da atenção.

Durante o curso, serão frequentes as propostas para você dialogar com a sua realidade, seja sobre questões relacionadas ao seu território de atuação, à gestão do seu processo de trabalho ou ao cuidado oferecido à população em situação de rua. Para promover o diálogo, este Caderno de Atividades traz propostas diversas, distribuídas ao longo de três unidades de aprendizagem.

Na primeira unidade de aprendizagem (“Território e redes”), a ideia é que você realize uma aproximação com esse território. Significa que, além das informações valiosas que já sabe sobre esse espaço onde a vida de quem mora na rua acontece, você poderá refletir um pouco mais sobre esse lugar vivo, considerando suas particularidades e características, entendendo como a rede de cuidado está articulada, para, assim, pensar sobre a melhor forma de inserir suas ações nesse cenário vivo, a rua.

Na segunda unidade de aprendizagem (“Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua”), você fará um mergulho na gestão do processo de trabalho, entendendo um pouco mais o que significa a gestão do processo de trabalho em saúde e como esses saberes podem contribuir para o desenvolvimento das ações de cuidado.

Na terceira e última unidade de aprendizagem (“Cuidado à pessoa em situação de rua”), questões relacionadas ao cuidado à pessoa em situação de rua serão discutidas por meio de um caso, estruturado pelo grupo, em um encontro presencial.

As duas primeiras unidades de aprendizagem apresentam uma estrutura semelhante: um texto disparador de reflexões, que não pretende dar conta das respostas às atividades que estão propostas neste caderno, mas, sim, instigá-lo a refletir sobre as temáticas mencionadas. Já a Unidade de Aprendizagem III apresenta uma estrutura um pouco diferente, em que não há texto disparador, mas insumos para ajudá-lo a construir o que é proposto por meio das atividades.

Para a realização de cada atividade, você contará com o auxílio do professor-tutor. Algumas das atividades estão associadas a leituras indicadas. Essas leituras não são voltadas para responder às atividades que você estará realizando, pois este curso está todo estruturado na problematização da sua prática, discussão, investigação e análise de situações (trazidas pelo grupo ou previamente estruturadas). A ideia é que os textos oferecidos lhe possibilitem um olhar ampliado sobre a temática-foco de cada uma das unidades de aprendizagem.

Bons estudos!



I | Território e redes

Christiane Sampaio



Sobre a unidade de aprendizagem

Você está iniciando, agora, a Unidade de Aprendizagem I: “Território e redes”. Nela, você vai transitar pela forma de viver das pessoas em situação de rua por meio do depoimento de profissionais, de pesquisas e relatos da população que vive na rua.

Você também irá perpassar a análise de questões que circundam a vida dessas pessoas: o preconceito, a invisibilidade, a violência, as vulnerabilidades sociais e os agravos à saúde. Outro tema importante é a abordagem do trabalho em rede e o seu potencial de promoção da intersetorialidade no cuidado, um desafio a ser enfrentado quando estamos lidando com as histórias de vida e as trajetórias daqueles que vivem nas ruas.

Os objetivos desta unidade são:

- * Orientar o trabalhador a reconhecer e articular os recursos do território.
- * Fomentar o trabalho em rede.

Para alcançá-los, a unidade está organizada com um texto disparador de reflexões e as atividades, que irão nortear o seu processo de imersão no campo e a sua reflexão sobre os aspectos importantes da sua prática de trabalho, tendo como subsídio as leituras realizadas e as discussões com os demais alunos que compõem a sua miniequipe.

Assim, pretendemos ajudá-lo a identificar as soluções existentes no território e a articular o trabalho em rede como uma das potenciais ferramentas para constituir os planos de cuidado mais integrais (já que, na maioria das vezes, os casos requerem diversos recursos, tendo em vista suas complexidades), mas sem esquecer sobretudo de valorizar o desejo daqueles que vivem nas ruas.

Bons estudos!



Texto disparador
de reflexões



Território

Eu aguento até rigores
Eu não tenho pena dos traídos
Eu hospedo infratores e banidos
Eu respeito conveniências
Eu não ligo pra conchavos
Eu suporto aparências
Eu não gosto de maus tratos

Mas o que eu não gosto é do bom gosto
Eu não gosto de bom senso
Eu não gosto dos bons modos
Não gosto

Senhas – Adriana Calcanhoto

As diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Saúde Mental apresentam uma noção de território que compreende não apenas uma área geográfica delimitada, mas as pessoas, as instituições, as redes e os cenários em que se dá a vida comunitária. Território é lugar de vida, de caráter processual, produtor de relações que podem ser tanto de identidade como de diferença, onde têm lugar o conflito e sua negociação.

A noção de território vivo, de Milton Santos (1998), considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva.

Configuram-se território o humano, a vida, a identidade social, bem como os aspectos econômicos da relação do sujeito com o trabalho, as diferentes classes sociais e suas lutas de classe. O território é mediado pelas histórias de vida daqueles que nele moram e conduzem, de diferentes formas, as suas relações simbólicas com o mundo.

Na Saúde, também se utiliza a concepção de territórios existenciais de Guattari (1990). Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades. São territórios que se configuram, desconfiguram e se reconfiguram a partir de possibilidades, agenciamentos e relações que pessoas e grupos estabelecem entre si.

Incorporar a concepção de territórios existenciais implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, as pessoas, mas também a subjetividade dos trabalhadores de saúde. E trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores de saúde permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde é a relação.



Diversos teóricos que escreveram sobre o conceito de território mencionam a ideia de poder, de forma direta ou indireta. Se você tiver interesse em se aproximar um pouco dessa visão, indicamos a leitura de *As diferentes abordagens do conceito de território*, de Adilson Aparecido Bordo et al., disponível na biblioteca virtual do curso.



Caso tenha interesse em se aprofundar na discussão do território para o campo da saúde, indicamos a leitura do texto *O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*, de Maurício Monken et al., disponível na biblioteca virtual do curso.

O território na saúde coletiva é onde se desenvolvem ações de saúde pública, por meio das produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares, compatíveis com a organização político-administrativa e institucional de cada local. Um dos objetivos é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico situacional e das condições de vida e saúde da população. Para que isso ocorra, propõe-se a organização e a participação da população em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Assim, o território do qual falamos é ao mesmo tempo:

- * Território suporte da organização das práticas em saúde.
- * Território suporte da organização dos serviços de saúde.
- * Território suporte da vida da população.
- * Território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar.
- * Território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

A discussão acerca do que venha a ser o **território** implica também outras duas noções, a saber: **intersectorialidade** e **rede**. A primeira refere-se à necessidade de que os serviços incluam em suas ações, na perspectiva de um trabalho de **território**, os demais equipamentos e instâncias que, de certo modo, estejam envolvidos na vida do sujeito em tratamento. Já a noção de **rede**, que se amplia para além da simples reunião de serviços que integram um determinado **território**, diz respeito a um novo modo de conceber e praticar o cuidado, que inclui um efetivo esforço de articulação entre as diferentes instâncias que se relacionam à vida do sujeito (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O território que vamos estudar neste curso é a rua, mas o que permeia esse território?

A rua é um território que, no universo urbano, tem formas de vida extremamente estranhas e diferentes dos padrões mais comuns das metrópoles: diferentes das formas “normais” de morar, comer, trabalhar, de passar o tempo, a família, as relações interpessoais. A rua é um espaço de vida, ao mesmo tempo, fora dos padrões estabelecidos na cidade, mas totalmente dentro da cidade, produto de suas dinâmicas de exclusão: um “fora-dentro da cidade”. Fora de suas leis e de suas dinâmicas oficiais. A rua expressa as diferenças entre as cidades em uma mesma cidade.

População em situação de rua



População em situação de rua abrange vários modos de vida na cidade, vários tipos de relações com a rua: pessoas com endereço fixo que passam a maior parte do tempo nos logradouros públicos; pessoas que moram na rua em tempo integral, que há muito perderam qualquer referência domiciliar ou familiar; imigrantes; desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, pessoas que transitam de uma cidade a outra, entre outras situações que podem ou não ser definidas.

Aquele que foi parar na rua viveu um rompimento com as dinâmicas e os padrões estabelecidos pela sociedade, rompeu seus laços com a família, com o emprego, com os domicílios, com tudo aquilo que organiza a sociedade. O viver na rua evidencia, desse modo, as diferenças e os abismos sociais em seu grau máximo: a rua é o local de destino daqueles que perderam seu lugar, seja dos bairros mais abastados, seja das periferias ou dos presídios (MACERATA, 2010).

Diante da pluralidade dos indivíduos nas ruas, é necessário reconhecer a individualidade nas histórias de vida, e jamais tratar os sujeitos de forma unificada ou massificada, e entendendo que cada pessoa que vive nas ruas possui um contexto único e singular.

Um exemplo dessa multiplicidade e suas diferentes origens é a questão dos fluxos migratórios e seus efeitos na dinâmica da rua. Eles nos trazem novos desafios, no convívio, nos hábitos, na forma de pensar.

A sociedade tem um papel importantíssimo nesse contexto, pois é o seu olhar que, de alguma forma, irá imprimir o tom de pertencimento e integração aos imigrantes no contexto das cidades, assim como nas ruas.

Caracterização da população em situação de rua

Em um esforço de conhecer um pouco melhor, saber como se comporta e interage a população em situação de rua, foram realizados alguns estudos.



Você pode conhecer a pesquisa do MDS acessando: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf.

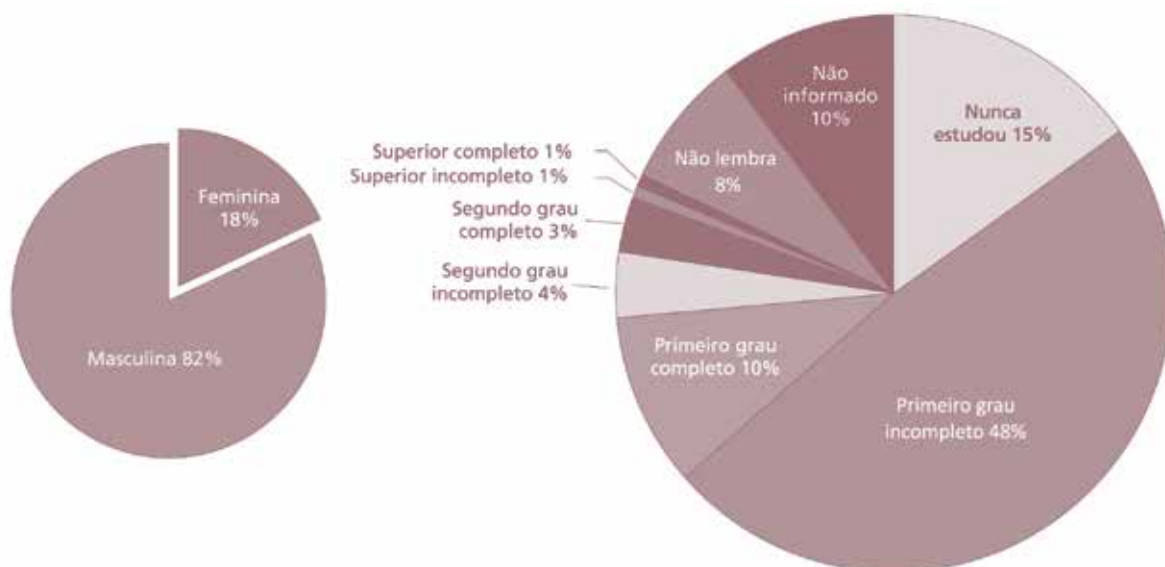
Para conhecer a pesquisa do Ipea, visite: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819

Em 2015, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) realizou pesquisa e estimou que o Brasil tem pouco mais de 100 mil pessoas vivendo nas ruas. Foi possível ainda avaliar que a população em situação de rua no Brasil se concentra nos grandes municípios: das 101.854 pessoas em situação de rua em 2015, 40,1% estavam em municípios com mais de 900 mil habitantes e 77,02%, em municípios com mais de 100 mil pessoas. Nos municípios menores, com até 10 mil habitantes, a percentagem diminui muito – apenas 6,63%.



Há 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas, vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições. Veja alguns gráficos selecionados a partir da pesquisa com informações sobre essas pessoas:

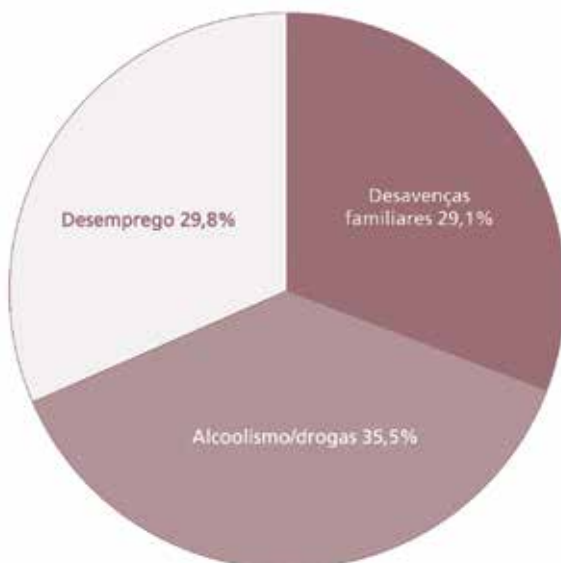
Gráfico 1 – Gênero e escolaridade da população em situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

A população em situação de rua é predominantemente masculina (82%). O grau de escolaridade é variado. Em questionamentos mais específicos aos entrevistados, a pesquisa levantou que 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome.

Gráfico 2 – Motivos relatados para a passagem para a situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas; desemprego e desavenças com pai/mãe/irmãos. Esse dado é coerente com outros dados coletados: cerca de 51,9% das pessoas possuem um parente na cidade onde se encontram, 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantêm com esses parentes, enquanto 29,3% consideram esse relacionamento ruim ou péssimo.

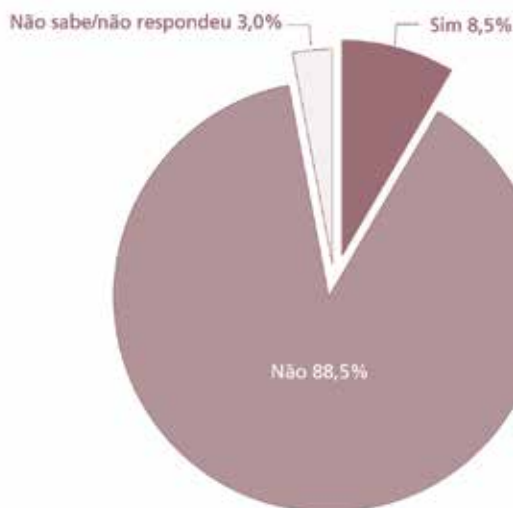
Gráfico 3 – Percepção sobre problemas de saúde



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

A visão do que é saúde para as pessoas em situação de rua pode ser percebida por meio deste resultado. Aproximadamente 62% dos entrevistados afirmaram não ter nenhum problema de saúde, embora vivam em situação de rua. Dos que declararam ter problemas de saúde, os mais citados são: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%).

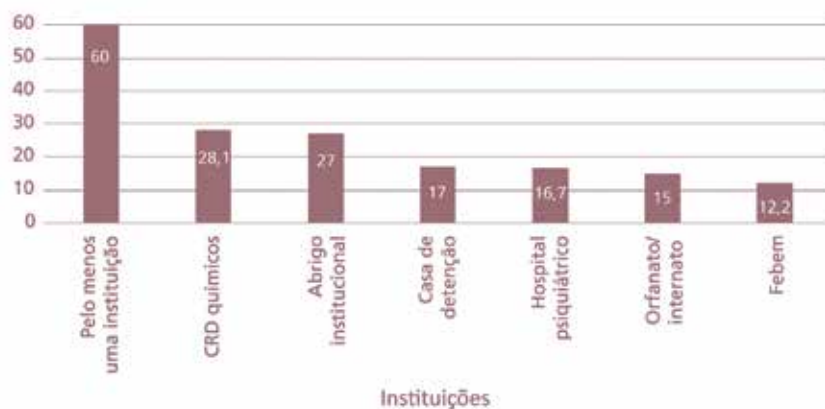
Gráfico 4 – Percepção sobre participação nos programas governamentais



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

A pesquisa mostra que boa parte das pessoas em situação de rua não se percebe como participante de programas sociais governamentais. Isso indica que esses programas, de fato, não acessam essas pessoas ou elas não conseguem reconhecer as ações dos programas em sua vida.

Gráfico 5 – Histórico de internações dos entrevistados em situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

É bastante significativo o número de pessoas em situação de rua que passaram por circunstâncias de internação de alguma natureza ao longo da vida, o que pode indicar a expressiva vulnerabilidade social e os agravos à saúde a que estão submetidos.

Gráfico 6 – Participação em movimentos sociais



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

Ainda é muito inexpressiva a participação das pessoas em situação de rua nos movimentos sociais. Esses dados nos apontam o quanto é importante a criação de espaços com a participação cidadã dessa população.

Além das informações apresentadas nos gráficos, algumas outras merecem igual destaque:

- * Mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas possui entre 25 e 44 anos.
- * 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas.
- * A população em situação de rua é composta, em grande parte, de trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). A maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais.
- * 19% dos entrevistados não conseguem se alimentar pelo menos uma vez ao dia.



Você pode ter acesso a esse estudo na biblioteca do curso, buscando por Relatório eCR 2013.

Para dados regionais de censos (mais atualizados que a pesquisa de 2008) relacionados à população em situação de rua de outras cidades, visite os sites:

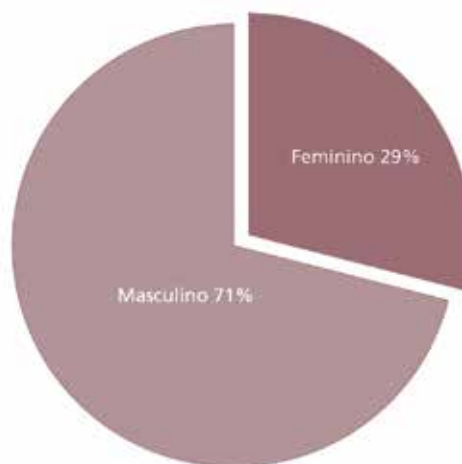
São Paulo: <http://goo.gl/QmQmCY>.

Rio de Janeiro: <http://goo.gl/wT8E26>.

Belo Horizonte: <http://goo.gl/GL000K>.

Para dados mais recentes, o relatório de 2013 do Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística (Siapes) nos oferece informações advindas dos dados das equipes de Consultório na Rua cadastrados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). Veja alguns gráficos que apontam dados do perfil e dos atendimentos realizados:

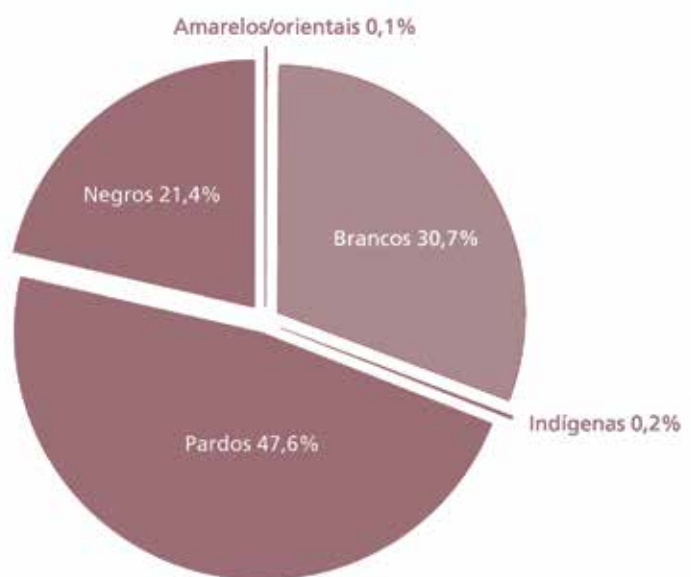
Gráfico 7 – Gênero dos usuários cadastrados



Fonte: Siapes (2013)

Os dados são cumulativos do período de setembro de 2012 a dezembro de 2013. São provenientes de 77 equipes cadastradas, que atendem 107.847 usuários cadastrados. São realizados 294.820 atendimentos (19.654/mês). Cada equipe atende, em média, 238 usuários por mês.

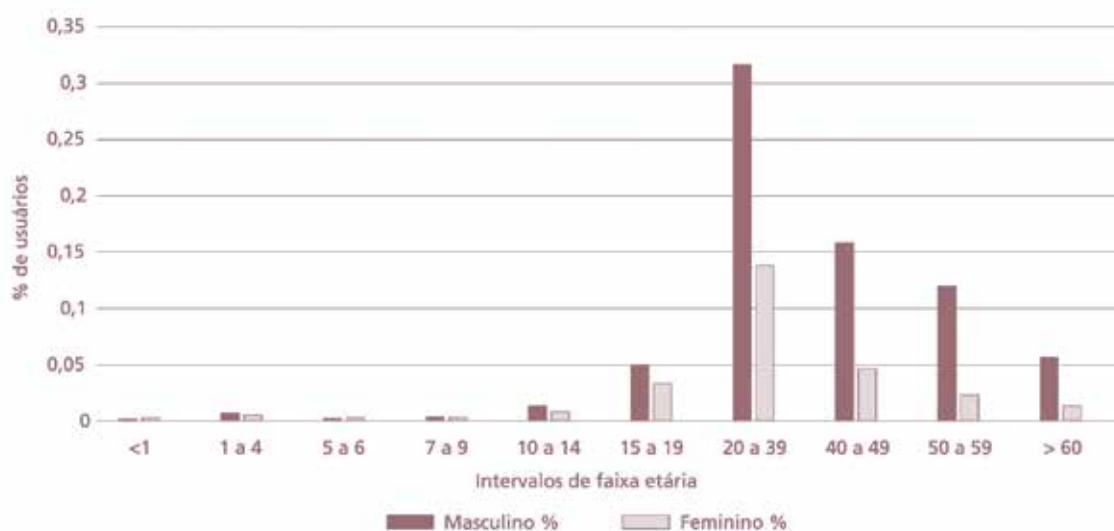
Gráfico 8 – Raça/cor dos usuários cadastrados (até outubro 2013)



Fonte: Siapes (2013).

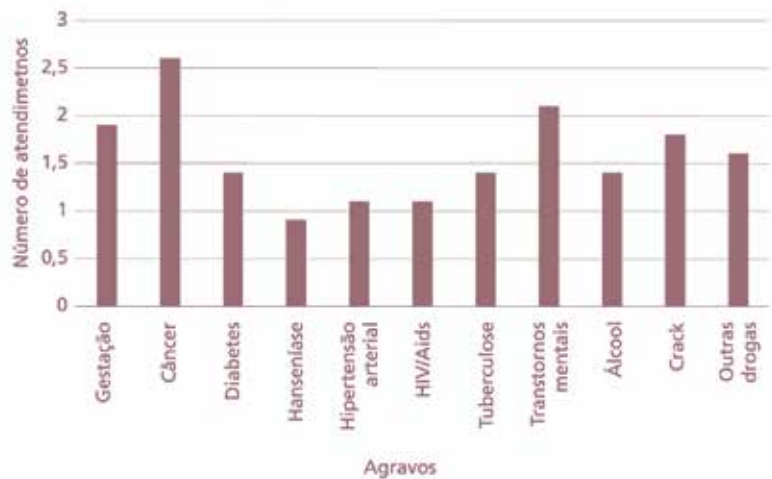
A maior parte das pessoas em situação de rua, que foram atendidas até outubro de 2013, autodeclarou-se negra e parda.

Gráfico 9 – Usuários atendidos agrupados por faixa etária em dezembro de 2013



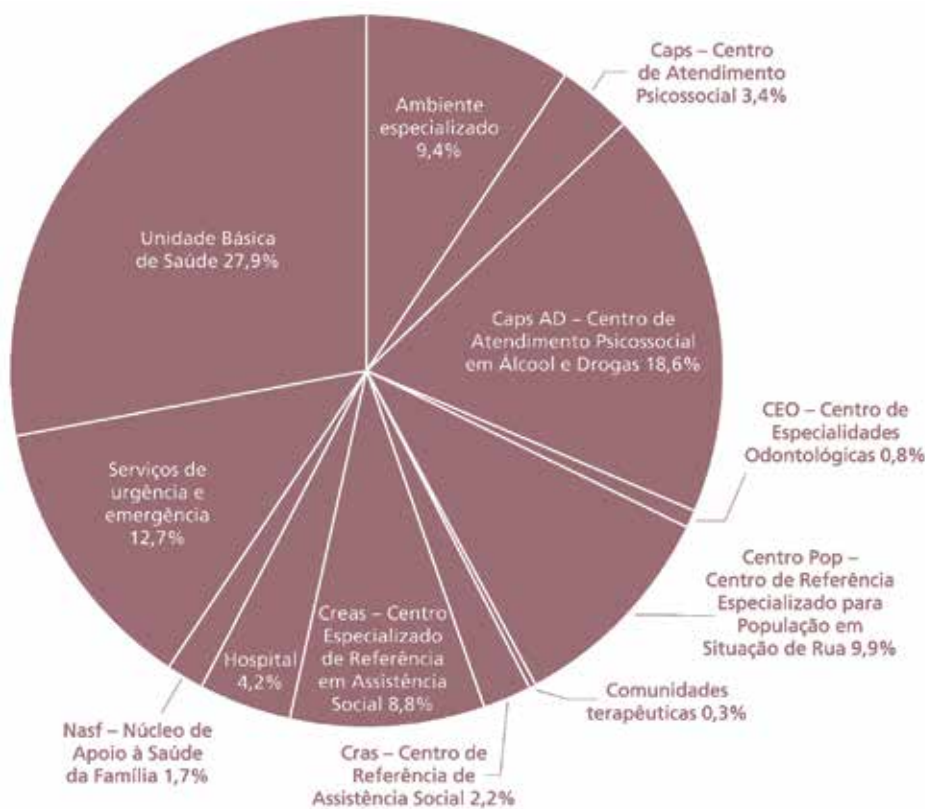
Fonte: Siapes (2013).

Gráfico 10 – Média de atendimentos por agravos/condições de saúde em dezembro de 2013 (exceto atendimento médico e de enfermagem)



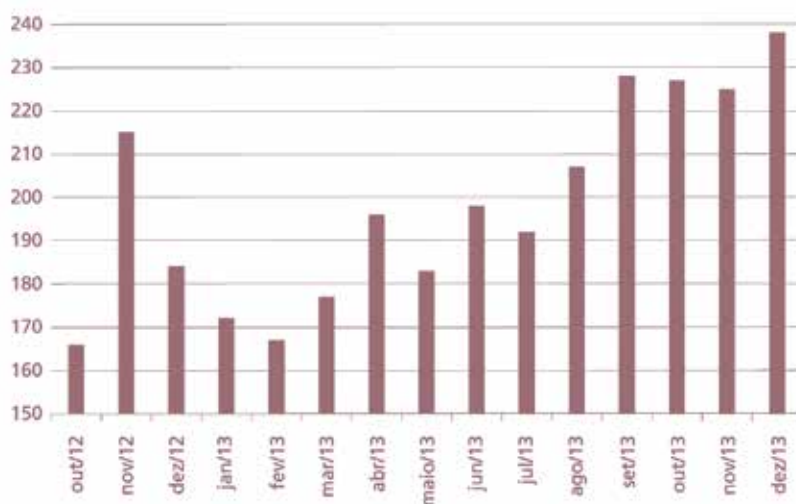
Fonte: Siapes (2013).

Gráfico 11 – Percentual de usuários atendidos nos diferentes serviços a partir do encaminhamento das equipes de Consultório na/de Rua em dezembro de 2013



Fonte: Siapes (2013).

Gráfico 12 – Número médio de usuários atendidos por equipe de Consultório na Rua



Fonte: Siapes (2013).

Para refletir

Como se comportam esses dados no seu território?

Outro estudo relevante para nos fazer refletir sobre a população em situação de rua revelou o perfil dos usuários de *crack* por meio de inquérito epidemiológico, que descreveu tanto as características socio-demográficas como comportamentais dessa população. Foi realizado a partir de uma amostra representativa das 26 capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte. Alguns achados relevantes em destaque:

- * Não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de *crack* sejam uma população de/na rua, mas é expressiva a proporção de usuários nessa situação: aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua.
- * Quando questionados sobre os motivos que os levaram ao uso de *crack*/similares, mais da metade dos usuários disse ter vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga. A pressão dos amigos foi relatada por 26,7% dos usuários, e 29,2% dos entrevistados disseram que alguns dos motivos para início do uso da droga foram problemas familiares ou perdas afetivas. Esses achados apontam para duas questões centrais em políticas públicas: reforçar laços familiares de modo a minimizar os conflitos e prevenir o consumo



Você pode ter acesso a esse estudo nos endereços eletrônicos: <http://bit.ly/1iGkoCk> e <http://bit.ly/OoNxnN>.

e/ou facilitar a ressocialização do usuário, trabalhando não apenas com o usuário individual, mas também com suas redes sociais e suas famílias.

- * Mais de 70% dos usuários no Brasil disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o uso do *crack*/similares.
- * Entre as mulheres usuárias de *crack*/similares que participaram da pesquisa, cerca de 10% relataram estar grávidas no momento da entrevista.
- * Comparados com a população brasileira, os usuários de *crack*/similares, entrevistados nessa pesquisa, apresentam prevalência de HIV cerca de oito vezes maior que a da população geral (5,0% vs. 0,6%). Cabe salientar que, nas capitais, essa taxa foi maior que nos demais municípios.
- * Perguntados em relação aos aspectos considerados importantes para que eles (usuários e usuárias) possam acessar os serviços de saúde, destacam-se os serviços associados à assistência social, como distribuição de alimento, oferta de serviço de saúde e higiene, apoio para conseguir emprego, escola/curso e atividades de lazer. Isso nos dá pistas importantes para o desenvolvimento de ações e políticas públicas para esse grupo populacional.

Para refletir

Como é a relação das pessoas em situação de rua que você atende com o *crack*? E com álcool? E outras drogas?

Não conheceremos a população em situação de rua apenas pelos dados de pesquisas, mas eles são importantes para termos uma percepção geral (no território brasileiro) da abrangência das características dessa população.

Os dados sobre perfil epidemiológico (distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus condicionantes) e etnográfico (histórias de vida) são valiosos para a definição de políticas públicas que tentem de fato dialogar com o manejo das vulnerabilidades dessa população.



Vulnerabilidades da população em situação de rua

A população em situação de rua tem suas singularidades, comporta pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade formal.

Pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras dificuldades. A mais evidente delas é a sua precária forma de viver. A **vulnerabilidade social** faz com que o grupo viva inúmeros problemas: desconforto em face da diversidade da rua, ambiente sem condições de cuidados básicos, precariedade da vida nas ruas, tendo em vista as condições de higiene, a falta de espaço apropriado para o descanso, o incômodo da insegurança e, principalmente, o olhar suspeito e preconceituoso que, muitas vezes, a sociedade que o cerca lhe dirige. As lutas pela reconstrução dos sentidos de si no mundo são cotidianas e permanentes.

Essa realidade é característica do processo de exclusão social que existe no Brasil neste início de milênio. A exclusão social, que passamos a conhecer, tem origens econômicas, mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, por falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda da autoestima.

Vulnerabilidade social – Conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade que os tornam expostos a riscos e níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano ou cultural (sobre o conceito de capital, ver Bourdieu, 2005), dentre outros, que geram fragilidade dos atores no meio social.

Todas as sociedades são compostas de semelhança e de diferença: elas são formadas por um coletivo com características individuais particulares, diferentes. As diferenças fazem parte da natureza humana e compõem a base de uma sociedade. Porém, é muito provável que um desacerto da sociedade ocorra quando as diferenças são acentuadas. Isso pode acontecer no caso da miséria, predominante na população em situação de rua, no crescente aumento do consumo de drogas por populações em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, nas condições de desigualdade educacional, na precarização dos vínculos de trabalho nas áreas urbanas e rurais, dentre outros marcadores sociais que apontam para insegurança, violência e desvalorização da pessoa.

Esses fatores podem fazer com que as pessoas pactuem (consciente ou inconscientemente) um processo de exclusão social.

Os mecanismos mais comuns de exclusão são os **rótulos** (ou **estereótipos**) e **preconceitos**. Os rótulos expressam nossa maneira de perceber o outro; os preconceitos, nossa maneira de agir com esse outro. O preconceito, ou melhor, a atitude preconceituosa, é a maneira de agir que se organiza não a partir da realidade, da pessoa de verdade, mas do rótulo que lhe damos; assim estabelecemos uma maneira de lidar com o outro que rompe com a capacidade de estimularmos outras maneiras de agir e de estar no mundo, personificando a pessoa no rótulo e não deixando espaço para que outras representações apareçam. Isso, comumente, faz do morador de rua alguém que, além de viver nas ruas, carrega consigo outros rótulos – de drogado, maluco e bandido.

A maneira como nos referimos à pessoa em situação de rua pode ser uma forma de rotulá-la ou de dificultar novas formas de olhar. Para estabelecer o debate acerca da utilização ou não desta ou daquela palavra para definir uma determinada população (especialmente a que faz uso de álcool e outras drogas), você pode visitar o texto *Nem usuário, nem dependente: por uma nova definição*, de Dênis Roberto da Silva Petuco, disponível na biblioteca virtual do curso.

Para refletir

Ao iniciar seu trabalho com população em situação de rua, como você lidou com os rótulos que inconscientemente dava a essas pessoas? Como você pode ajudar outras pessoas a rever os rótulos que aplicam à população em situação de rua?

Como o processo de rotular age nas nossas interações pessoais?

Na maioria das vezes, produz efeitos, distanciamentos, dificuldade de entender, de olhar o outro; em alguns casos, pode até provocar proximidade, identificações, embora isso seja mais escasso quando falamos dos excluídos da sociedade. Na maioria das vezes, as identificações e a proximidade ocorrem entre pares; no caso dos usuários de drogas, isso explica a constituição de guetos, como é o caso das cenas de uso de *crack*, conhecidas popularmente como “cracolândias”.

Um dos grandes problemas do rótulo é a apropriação que fazemos dele, tornando-o um traço de identidade que dificulta a transição para outros referenciais também estruturais do sujeito. Exemplo disso é o sujeito que faz uso abusivo de drogas; ele acaba se personificando no rótulo “drogado” de tal forma que deixa de existir em outras frentes de representações sociais, como trabalhador, pai, alguém que joga futebol. O não engessamento do rótulo é que faz deslizar outras representações salutaras para os indivíduos.

Duas perguntas importantes devem ser feitas, quando percebemos que estamos rotulando alguém: “Por que preciso dar este rótulo? Que reação eu posso esperar da pessoa que rotulo?” Isso nos fará refletir sobre as normalizações que estabelecemos na relação com o outro.

Veja algumas falas das pessoas em situação de rua sobre o preconceito, retiradas de um documentário feito pelos Médicos sem Fronteiras, intitulado *Sua rua, minha vida*.



Por isso, é preciso que fiquemos atentos aos efeitos que provocamos ao rotular alguém. E lembrar que também rotulamos sem dizer os rótulos, com o olhar, com o jeito de agir, com a linguagem corporal!



Se você tiver interesse em conhecer a exposição fotográfica *Sua rua, minha vida*, dos Médicos sem Fronteiras, acesse: http://www.ccms.saude.gov.br/Msf/sua_rua_minha_vida/index.html.



Pelos rótulos que estabelece, a sociedade, hegemonicamente, busca expulsar as pessoas das ruas por meio de grupos de extermínio, sequestros legitimados, operações higienistas de ordenação e limpeza urbana das ruas e exclusão cotidiana. Assim, a sociedade coloca a pessoa em situação de rua como algo externo a ela, como se só estivesse nessa situação por sua própria culpa, não tendo nenhuma relação com a dinâmica social. Daí decorrem dois modos de relação: um que busca exterminar diretamente a pessoa em situação de rua, e o outro que busca eliminar a diferença que essa pessoa traz, reduzindo intervenções de “recuperação”, salvação, readaptação da pessoa aos padrões considerados normais (MACERATA, 2010).

São muitas as formas de violência a que a população em situação de rua está exposta. Veja, a seguir, alguns aspectos desse tipo de vulnerabilidade.

Violência como um fator de vulnerabilidade da população de rua

A violência exercida, especialmente, como processo social não é objeto específico da área da saúde. A saúde, além de atender as pessoas que sofrem com a violência social ou urbana, é responsável ainda por encontrar caminhos para estabelecer o cuidado e a prevenção dentro desse cenário, com o objetivo de buscar o bem-estar individual e coletivo.

Para a comunidade internacional de direitos humanos, a violência é compreendida como todas as violações dos direitos civis (vida, propriedade, liberdade de ir e vir, de consciência e de culto); políticos (votar e ser votado, ter participação política); sociais (habitação, saúde, educação, segurança); econômicos (emprego e salário) e culturais (direito de manter e manifestar sua própria cultura). As formas de violência tipificadas como violação da lei penal – assassinato, sequestros, roubos e outros tipos de crime contra a pessoa ou contra o patrimônio – formam um conjunto que se convencionou chamar de **violência urbana**, porque se manifesta principalmente no espaço das grandes cidades. Não é possível deixar de lado, no entanto, as diferentes formas de violência existentes no campo.

Violência social – Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em seu último documento sobre o tema, “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” [...], “O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993, p. 1).

Um conceito importante na atualidade é o da violência simbólica. Ele é muito útil para pensarmos o preconceito e o estigma como forma de violência “invisível”, exercida por intermédio de processos de comunicação e conhecimento que se estabelecem em uma relação de subjugação e submissão, extremamente presente na relação da sociedade com as pessoas em situação de rua. Para Bourdieu (2003), idealizador do conceito, a violência simbólica resulta de uma dominação, na qual o dominado é cúmplice do dominante na sustentação de um conjunto de regras, naturalizadas e tratadas como adequadas ao convívio social. A violência simbólica inculca as condições ditas necessárias para a vida em sociedade, por meio da moral e dos valores dominantes, utilizando-se de relações sociais mediadas por instituições como o Estado, a escola, a família, a igreja, entre outras.

“Processos de comunicação” refere-se a relações em que possa haver exercício de poder (ex.: professor-aluno, patrão-empregado, profissional de saúde-usuário do serviço, mídia-sociedade). Trata-se da ideia da preponderância do discurso do dominante.

Essa cumplicidade não explícita é muito evidente no discurso das pessoas em situação de rua, quando se sentem responsáveis pelos seus contextos de vida, ou quando atrelam isso ao seu lugar de pecador, descumpridor das regras, errante.

Os rótulos e, conseqüentemente, o preconceito, vêm de forma expressiva marcados pelo lugar de superioridade e pela diferenciação de lados entre aqueles que rotulam e aqueles que são rotulados, trazendo como efeito a dominação e a oferta de um lugar ao dominado que, muitas vezes, se apropria desse lugar.

Vale destacar que, apesar da denominação “violência simbólica”, tal conceito não desconsidera as manifestações reais do poder e da violência, como situações em que pessoas são espancadas, violentadas, exploradas, mas busca visualizar, “na teoria, a objetividade da experiência subjetiva das relações de dominação” (BOURDIEU, 2003, p. 43).

A saúde constitui a encruzilhada para onde confluem as diversas formas de violência, pela relação entre profissionais e pacientes acometidos que adentram os serviços de atenção básica, de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, de busca por bem psicológico. No desenvolvimento social, ocorrem convergências semelhantes quando encontramos, nos abrigos ou nas ações de rua, indivíduos sem emprego e renda, com fome, sem lugar para morar, sem documento, destituído do lugar cidadão.

Quando há situações de violência direcionadas a crianças e adolescentes, estejam eles ou não em situação de rua, as ações de cuidado e proteção são essenciais. Em muitos casos, eles são vítimas da violência expressa nas ruas; em outros casos, estão nas ruas em função de situações de violência exercida em meio à família. Um dos nossos grandes desafios é acessá-los nas ruas; para isso, é necessário estabelecer discurso e metodologias com os quais crianças e adolescentes se identifiquem e, assim, se vinculem.

É comum ouvir dos trabalhadores que vão ao encontro de crianças e adolescentes nas ruas o quanto é difícil esse contato. Para romper barreiras, é essencial constituir uma boa escuta e um vínculo para a construção partilhada de um plano de cuidado.

Conforme o Ministério da Saúde nos aponta na publicação *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências* (BRASIL, 2011), é importante a formulação de protocolos e fluxos bem definidos e articulados entre os serviços da rede para promoção do cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência.

Após o acolhimento e acompanhamento das demandas de cada caso, é importante definir os aspectos a serem trabalhados com cada criança,

adolescente e família, realizar reuniões em equipe para discutir os desdobramentos das ações implementadas, as possíveis alterações das ações traçadas, a necessidade de envolvimento de outros membros da família, de outros profissionais. No decorrer do acompanhamento nos serviços, as equipes têm a possibilidade de fazer as investigações e os tratamentos clínicos e psicossociais necessários, tais como:

- * fortalecer o vínculo com a família e aprofundar a compreensão do contexto em que ocorreu a situação de violência;
- * buscar o contato com outros familiares/pessoas que possam contribuir para a superação da situação;
- * esclarecer dúvidas da família sobre as possíveis consequências das violências sofridas e as formas de lidar com elas, evitá-las ou diminuí-las;
- * acompanhar os procedimentos legais e de proteção, respondendo às demandas dos Conselhos Tutelares ou da Justiça e interagindo com esses órgãos, de modo a garantir os direitos da criança e oferecer suporte emocional nos períodos mais difíceis (depoimentos na Justiça, rupturas de laços familiares etc.);
- * acompanhar o desenvolvimento socioemocional da criança, a fim de detectar precocemente alterações ou orientar familiares e professores sobre como lidar com as alterações de comportamento porventura existentes.

As situações de violência, sejam essas com adultos ou crianças em situação de rua, requerem a responsabilidade do Estado como um todo, tendo em vista a necessidade de incluir várias frentes que contribuam para sua cidadania.

Como um auxílio para superar a violência do cenário social que envolve a população em situação de rua, podemos citar a **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**, que se ocupa de implementar ações que visem:

- promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos;
- respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais;
- direito ao usufruto, a permanência, acolhida e inserção na cidade;
- não discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória;
- supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua.



A Coordenação Geral de Direitos Humanos e Segurança Pública – População em Situação de Rua norteia suas ações a partir do Programa Nacional de Direitos Humanos e do acompanhamento da implementação da Política Nacional para População em Situação de Rua. Para saber mais sobre a CGDHSP – População em Situação de Rua, acesse o endereço <http://goo.gl/rtk67a>.

A violência a qual nos referimos apresenta diversas naturezas e se constitui: na falta de equipamentos, na ausência no cuidado, na forma de olhar, na ação preconceituosa dos diversos setores sociais, nas ações expressas por meio da violência institucional e urbana.

Outra forma de violência presente e muito preocupante é a institucional, aquela cometida justamente pelos órgãos e agentes públicos que deveriam se esforçar para proteger e defender os cidadãos. Essa é uma discussão importantíssima porque, apesar de contarmos com uma Constituição democrática, ainda ocorrem práticas autoritárias, em nome da manutenção da lei e da ordem – portanto, do controle social. Tais práticas afetam, principalmente, os grupos vulneráveis da sociedade – dentre eles, a população em situação de rua –, aos quais o Estado deve uma atenção específica em razão de suas particularidades.

Muitas vezes, um braço do Estado vem reparar a violência cometida por outro braço do Estado. Um exemplo claro disso é que, inúmeras vezes, equipes de Consultório na Rua auxiliam moradores de rua a retirar seus documentos novamente, pois estes foram extraviados e/ou destruídos por outros agentes do Estado. Na maioria dos relatos expressos por essa população, esses atos ocorrem em ações policiais.

Para exemplificar uma situação de violência institucional, trazemos um relato ocorrido em Belo Horizonte:

Agentes municipais, apoiados pela Polícia Militar, têm passado pelas ruas de Belo Horizonte e recolhido os pertences pessoais das pessoas em situação de rua, como remédios, documentos, cobertores e material de trabalho, pois muitos vivem da catação de material reciclável. Além disso, tem sido constante, além da retirada de pertences, os jatos d'água por meio de carros-pipas, quando agentes municipais lavam os locais onde os moradores se encontram, forçando a saída deles do espaço onde se encontram (CENTRO NACIONAL DE DEFESA DE DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2013).

Historicamente, espaços ditos de proteção (manicômios, casas de menores, asilos, abrigos) têm instituído atos de violência que culminam com a lógica do preconceito e da exclusão que já discutimos.



A violência urbana também é um dos pontos de vulnerabilidade da população em situação de rua. São inúmeros os exemplos em que foram queimados, espancados, envenenados, assassinados.

Isso nos leva a pensar na necessidade de lutar para mudar os valores presentes nos relacionamentos sociais, mas também de pressionar a formulação de políticas públicas que contribuam para estimular a construção de identidades positivas em relação àqueles grupos que sofrem preconceito, tanto quanto implementar formas desburocratizadas de resolução de conflitos com a participação ativa dos grupos sociais interessados.

Para lidarmos com um fenômeno tão complexo como o da violência, é preciso que as equipes e os profissionais estejam atentos para:

- * manejar os recursos comunitários como forma de integrar o sujeito e fomentar, assim, o pertencimento coletivo;
- * trabalhar a violência numa perspectiva coletiva, evitando o isolamento e o sentimento de impotência, muitas vezes presentes quando tratamos desse tema;
- * resgatar a cultura como lugar de identidade, podendo assim fazer frente à lógica de produção e consumo presente no bojo social da atualidade;
- * discutir o lugar que o sujeito ocupa no campo da violência, muitas vezes se identificando como objeto de política pública e não como sujeito dessa ação;

- * evitar a individualização do dano sofrido pela violência, como forma de potencializar saídas coletivas, compartilhadas e potentes.

Para refletir

Como você atua em seu território no enfrentamento da violência à população em situação de rua? Que dificuldades você tem encontrado e o que tem feito para superá-las?

Podemos entender o incentivo à moradia, abrigo, formação, educação e saúde como uma força nobre no processo de reconstrução do espaço cidadão das pessoas em situação de rua. Para atuar nessas frentes, o Estado precisa valorizar a ação multiprofissional e intersetorial no trabalho em rede, de forma a influenciar diretamente no processo de redução da violência contra aqueles que vivem em situação de rua. Vale destacar que o protagonismo dos movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua também é essencial para a efetivação desse processo.

O protagonismo de populações historicamente estigmatizadas é tímido e, muitas vezes, pouco evidente.

Isso se dá porque os grupos que sofrem preconceito têm grande dificuldade de romper com a concepção e o olhar preconceituoso das massas, o que gera um engessamento para lutar por espaços onde ecoe a sua voz, os seus desejos e sua maneira de pensar sobre si e refletir sobre o mundo que os cerca. Muitas vezes, é na voz dos profissionais que se dispõem a estabelecer o cuidado dessas populações que se espelha e expressa a história destas. Foi assim na luta antimanicomial, está sendo assim no movimento de redução de danos com os usuários de drogas e vem sendo assim com a população em situação de rua.

Quando trabalhamos com o conceito de violência, faz-se necessário um contraponto para podermos entender a capacidade de viver situações adversas, como desemprego, separações familiares, perda de entes queridos, situações de adoecimentos, exposições a violências físicas e psíquicas, entre outras.

Sabemos que pessoas que vivem nas ruas constroem sentidos distintos sobre suas experiências, condizentes com suas particularidades, ou seja, elas diferem na maneira de entender e explicar sua situação atual e de empreender estratégias de enfrentamento, uma vez que estas estão diretamente relacionadas à maneira como identificam as adversidades.

Ao trabalhar em equipes de Consultório na Rua, percebemos que cada um dos moradores de rua lida de forma diferente com a adversidade do dia a dia. As redes de apoio que essas pessoas constroem são diversas – cada pessoa em situação de rua se organiza e mobiliza uma rede diferente, como fator de proteção da vida na rua.

A adversidade, em alguns casos, pode levar à construção de movimentos em direção à superação, e nisso podemos encontrar a chamada **resiliência** não como um produto para a felicidade, mas a difícil missão de conseguir encontrar, dentro da adversidade, o prazer em viver.

Para os profissionais que atuam junto à população em situação de rua, compreender a resiliência dessas pessoas que estão expostas a situações de grande adversidade implica exercer a alteridade: ter um olhar aplicado ao outro, no sentido de construir uma relação baseada no diálogo e na valorização das diferenças existentes. A alteridade pode ser vista como um modo de se dispor a compreender como o sujeito enxerga a vida e a adversidade presente nela e, no diálogo com ele, tentar construir um caminho para o cuidado e as redes de apoio.

Para refletir

Na relação com a pessoa em situação de rua, você consegue se dispor a entender uma nova forma de existir no mundo? O quanto você se dispõe a lançar um olhar nessa perspectiva?

Resiliência é um conceito oriundo da física que está relacionado à superação de obstáculos ou à resistência à pressão de situações adversas.



A alteridade é diferente da empatia. Na empatia, há uma tentativa de colocar-se no lugar do outro e tentar ver o mundo com esses “olhos”, o que pode ser uma aproximação importante, mas difícil, na medida em que não somos o outro, não temos sua visão de mundo. Na alteridade, não há essa tentativa de se apropriar da visão do outro, mas, sim, um diálogo com sua perspectiva.

Nesse contexto formado por tudo o que discutimos sobre população em situação de rua, apostamos em um modo de relação em que não se busca eliminar a experiência da rua, mas compor com ela a possibilidade de outros modos de vida. São modos de vida que não respondem ao imperativo dos padrões da sociedade, mas, sim, àqueles que são construídos localmente, a partir das condições, de desejos e necessidades da vida. Esse modo de relação interage com a diferença, pois não a entende como errada, como aberração, mas busca construir relações, conexões com a diferença que a pessoa na rua expressa. A essa via chamamos de cuidado. O cuidado constrói pontes, ligações, diálogos entre as distâncias.

O cuidado e a rua



O tema “Cuidado à população em situação de rua” é objeto de discussão da Unidade de Aprendizagem III deste curso, por isso tratamos aqui de forma reduzida.

Pessoas em situação de rua, historicamente, não acessam o SUS e, geralmente, nenhuma política pública (BRASIL, 2008). No entanto, uma das funções políticas do SUS, na sociedade, é trabalhar com as tensões advindas das diferentes formas de viver, pela via da saúde, expressa no território da rua: o SUS deve cuidar dessa tensão. A especificidade da rua coloca, de início, dois desafios ao SUS: lidar com a complexidade das questões de saúde apresentadas pelos sujeitos e construir outras formas de organização das estratégias de território.

Pessoas que vivem nas ruas apresentam, **de maneira muito evidente**, questões de saúde consideradas do “corpo”, da “mente”, dos “afetos” e aquelas ditas “sociais”, como demandas inseparáveis. Por exemplo, um mesmo sujeito pode aparecer para um atendimento estando desempregado, tendo sofrido violência policial, não tendo documentos, fazendo uso abusivo do álcool, ouvindo vozes, sendo portador de HIV e com tuberculose. Esses agravos se reforçam entre si, aparecendo de forma singular em cada pessoa. Casos como esses colocam enormes desafios ao profissional de saúde, que precisa construir projetos terapêuticos que envolvam a multidisciplinaridade das necessidades e a singularidade dos casos para cada sujeito, a cada momento.

Outro desafio que a rua coloca ao SUS diz respeito à maneira como o território será visto e considerado. Geralmente, as equipes de saúde consideram o seu território de abrangência um conjunto de domicílios: só são pacientes de uma área específica as pessoas que vivem nos domicílios de tal área. Assim, se o paciente não morar em um domicílio, se ele for itinerante, se não possuir documentos como carteira de identidade, comprovante de residência, muitas vezes, ele não conseguirá ser atendido.

Nesse sentido, aparece a importância das equipes de Consultório na Rua (eCR), considerando que elas são instrumentos capazes de levar a esse segmento populacional os benefícios do SUS e de políticas públicas similares, mediante um modo de intervenção criativo e dinâmico, que permite ajuste rápido ao mutável ambiente onde as pessoas se inserem. Deseja-se muito que as Unidades Básicas de Saúde também atendam a população em situação de rua do seu território e consigam se contagiar com as formas de intervenção das eCR, com o horizonte, e, em algum momento, elas não serem mais necessárias.

A lógica perversa da exclusão e violência é tocada pelas ações dessas equipes. Assim, as eCR surgem para reafirmar o compromisso do SUS, como política pública, de direito ao acesso a ações e serviços de saúde.

Para lidar com as demandas complexas que a população em situação de rua apresenta, é necessário que o cuidado seja realizado de forma integral, envolvendo não só a saúde, mas outros setores, por exemplo, a assistência social.

A intersetorialidade é um dos grandes desafios no campo das políticas públicas, sendo a sua efetivação valiosa para a rede de serviços. Para isso, é necessário que os gestores e profissionais tenham clareza do seu valor prático e conceitual, pois representa a melhor forma de articulação dos vários conhecimentos e práticas que intervêm na coletividade.

É na intersetorialidade que temos a possibilidade de abordar amplamente as questões e dificuldades sociais mais complexas, nas suas múltiplas dimensões. E, nessa perspectiva, se apresentam as vulnerabilidades sociais, que requerem intervenções em rede contemplando, assim, os diversos representantes das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, habitação, entre outros.

A importância e o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua serão discutidos na Unidade de Aprendizagem II.

Neste curso, vamos trabalhar em equipes multidisciplinares, assim como nas ações de rede que compõem a nossa prática cotidianamente, para, em articulação com outros atores importantes do território, deciframos os desafios que essa prática nos convoca a viver.

Para refletir

A sua atuação no território é orientada por uma proposta intersetorial? No seu contexto de trabalho, quais são as dificuldades de implementação de cuidado intersetorial? Como você pode contribuir para superar essas dificuldades?

Apesar de as dificuldades para tornar a intersectorialidade uma prática cotidiana, a articulação intersectorial tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos das políticas públicas. A opção pelo processo de intersectorialidade remete à noção de que as políticas públicas não podem se desenvolver de forma desarticulada, sobretudo quando se trata de políticas voltadas para o cuidado à populações em situação de grandes vulnerabilidades sociais.

Para efetivarmos ações intersectoriais, precisamos articular saberes e experiências, entender que cada ator tem o seu saber, a sua prática e os seus objetivos no cuidado, para, assim, compor uma ação conjunta de planejamento e cuidado das pessoas.

Para acolher as demandas dessa população e suas especificidades, se faz necessária e essencial a construção de vínculo como ferramenta de potencialização do cuidado, trazendo para esse campo a estratégia de redução de danos, como orientação ético-política, mantendo o foco na pessoa e buscando garantir acesso à saúde. Essa estratégia de cuidado rompe com a repressão presente historicamente nas políticas, aproximando-se da atenção à saúde no sentido mais amplo.

A orientação do processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua pela lógica da ética da RD será discutida na Unidade de Aprendizagem II.

Redução de danos

A primeira tentativa de adotar a redução de danos (RD) como estratégia de saúde pública no Brasil foi no município de Santos-SP, no ano de 1989, quando os altos índices de transmissão do HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao contágio por HIV entre usuários de drogas injetáveis, a redução de danos foi, ao longo dos anos, tornando-se uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência. A RD passou a incluir a diversidade de demandas e ampliar as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas.



A partir de 1995, inúmeros programas de redução de danos se estabeleceram no Brasil, com as mais diversas vinculações – universidades, programas municipais de DST/Aids, ONGs. Com diferentes formatos e especificidades regionais, chegamos a ter mais de 150 programas no Brasil no início do século XXI.

A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/Aids e se tornaram uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política de Saúde Mental.

Esse processo colocou a RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a Política Pública Brasileira de Álcool e Outras Drogas. Também a partir de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) destacou, como diretriz, a ética do cuidado na lógica da redução de danos, trazendo como elemento importante a autonomia dos sujeitos no cuidado à própria saúde, em todas as dimensões.

A lógica aplicada pela RD no território, presente nas ações das equipes de Consultório na Rua (constituídas por meio do trabalho de campo, vinculando-se ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridas as pessoas que vivem nas ruas), vem se mostrando um excelente exemplo de cuidado – em que se respeitam os direitos das pessoas e se fomenta a autonomia no cuidado em consonância aos preceitos do SUS.

Caso tenha interesse em aprofundar essa discussão, indicamos o texto “Redução de Danos e SUS: enlaces, contribuições e interfaces”, de Christiane Sampaio e Deisi Sangoi Freitas, disponível na biblioteca do curso.



A dimensão do cuidado nas eCR ocorre em duas modalidades, que variam de acordo com a realidade de cada equipe e de cada cidade, mas sempre priorizando ações que contemplem a rua e a unidade de saúde.

Na rua

A abordagem no território começa com visitas sistemáticas ao campo, isto é, aos espaços abertos onde há a presença da população em situação de rua. Nesse momento, se abordam as pessoas e apresentam-se os objetivos do trabalho, estabelecendo assim um laço de confiança e cuidado. A abordagem que norteia essas ações tem como enfoque a estratégia/ética da redução de danos, direcionando a oferta de cuidados tanto para o indivíduo como para a sociedade. Isso implica pautar ações de cuidado com base nos princípios do respeito à “liberdade de

escolha” e da “corresponsabilidade” da pessoa em situação de rua com o seu plano de cuidado.

Uma das etapas importantes, no início e durante todo o processo de intervenção na rua, consiste no mapeamento do território, que parte da identificação dos locais de concentração das pessoas atendidas pela equipe e, ainda, das possíveis redes formais e informais disponíveis no território. O mapeamento é realizado geográfica e etnologicamente, ou seja, a partir de uma descrição detalhada do local, que inclui dados importantes como:

- * Descrição das características do território.
- * Características ocupacionais das pessoas do território.
- * Número de pessoas nos diversos turnos.
- * Perfil dos ocupantes.
- * Tipo de atividade realizada no local, dentre outros elementos.



Vale destacar que essas descrições podem ser feitas no diário de campo, instrumento em que os profissionais sistematizam suas observações.

Como estamos trabalhando com um território bastante dinâmico, é necessário rever o mapeamento a cada período e descrever o campo novamente bem como suas alterações.

Outra etapa importante na rua é o processo de aproximação das pessoas em situação de rua. Nas primeiras conversas no campo, são importantes: o “olho no olho” e o espaço para que as pessoas compartilhem suas demandas, dificuldades, descontentamentos e qualquer outro aspecto que acharem relevante, inclusive conversas informais, falar da vida. Para isso, o acolhimento é uma das passagens mais importantes, que implica ouvir as questões, sem juízo de valores ou preconceitos, trabalhar as possibilidades de cuidado, sempre atento aos limites e às possibilidades de cada pessoa.

A grande vantagem de estabelecermos uma escuta e uma prática com enfoque na estratégia de redução de danos no território é a possibilidade de fazermos acordos diversos e alterarmos os planos de cuidado, repactuando-os de acordo com as possibilidades e necessidades estabelecidas pelas pessoas. Assim é possível democratizar o cuidado, tanto do ponto de vista da inclusão dos diversos interesses da população em situação de rua, como do ponto de vista dos profissionais envolvidos, já que, nesse modelo de atenção, todos os profissionais têm papel primordial no cuidado.

O território é um espaço de cuidado, em que alguns procedimentos podem ocorrer, desde exames clínicos simples, curativos, vacinação,

coleta de dados, entrega de medicação, medicação supervisionada, aconselhamento até outras ações que as equipes julgarem adequadas ou essenciais.

Nas ações no território, as atividades educativas e informativas são essenciais. Nesses espaços, discutem-se os diversos elementos do cuidado, como as patologias mais recorrentes, as questões de inserção social (documentação, emprego), o direito à moradia, o direito de estar na rua, a violência, o cuidado com a alimentação, a higiene, o uso de preservativo, os direitos humanos, dentre muitos outros.

Muitas vezes, é no território que as situações envolvendo o uso de drogas são mais evidentes; muitas vezes, é na cena de uso que os profissionais atuam. Nesse sentido, vale a pena abrir espaço para discutir os **possíveis danos**, bem como **riscos possíveis** com o compartilhamento de equipamentos para uso de drogas, dentre inúmeros outros temas que podem ajudar na qualidade de vida da população em situação de rua.

Na unidade de saúde

A chegada das pessoas em situação de rua em uma unidade de saúde está muito relacionada com a atuação no território, seja nas ações de campo, seja em um bom trabalho de rede. Ela pode acontecer de diversas formas:

- * por demanda espontânea daqueles que foram acessados na rua;
- * pelo acompanhamento que as eCR já fazem às pessoas;
- * quando uma pessoa em situação de rua leva um amigo que está precisando de cuidado;
- * pelo encaminhamento feito por diferentes serviços da rede, dentre outras.

É necessário que haja consonância entre o cuidado na rua, nas unidades e nos diversos espaços da rede, pois são pontos que se entrelaçam. Na chegada das pessoas ao serviço, independente de agendamento, faz-se uma análise das questões trazidas, esclarecendo como ocorrerá o processo de cuidado, tendo em vista a demanda apresentada, e sempre demonstrando a satisfação em recebê-las.

O profissional de saúde, quando trabalha com a clínica ampliada, não só desenvolve maior capacidade de ajudar as pessoas a combaterem as doenças, mas a transformarem-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça de viverem alternativas que qualifiquem a sua vida.

Você aprofundará as questões sobre o cuidado na rua mais adiante neste curso, quando estudar a Unidade de Aprendizagem III.



Muitas vezes, os promotores do cuidado na rua precisam estar atentos para estabelecer diálogo com a população em situação de rua sobre a organização e limpeza do espaço onde vivem. Esse processo de organização os afeta diretamente. Ações como essas podem ajudá-los a refletir sobre os efeitos das ações de redução de danos à saúde individual e coletiva, tendo em vista o cuidado da cidade.

A clínica ampliada como orientadora do processo de trabalho das eCR será abordada na UA II.

A clínica ampliada busca entender a situação vivida a partir da compreensão do processo saúde-doença. Considera a importância de não reduzir o enfoque à patologia, enquanto busca entender as questões subjetivas e objetivas, dando espaço para compreender a história de vida dos usuários do serviço. Quando desenvolvemos esse tipo de escuta, o manejo do tratamento implica desenvolver processos de gestão compartilhados, nos quais se desenvolvem:

- uma comunicação transversal na equipe e entre equipes;
- o fomento de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado;
- o interesse pela saúde do próprio trabalhador da saúde, já que este entra em contato com questões existenciais dolorosas ao longo desta clínica.

A clínica ampliada – constituída, em parte, para dar conta das demandas do SUS e fazer operar a Reforma Sanitária – também opera em rede, formando diferentes enlaces, seja na saúde coletiva, conjugando outras políticas públicas (educação, assistência social, justiça), seja estabelecendo enlace com as diferentes redes sociais (profissionais do sexo, travestis, usuários de drogas). Essa ação conjunta aperfeiçoa a participação, corresponsabilizando os sujeitos envolvidos, aproximando-os de uma ação política, em que é possível protagonizar as diversas cenas no campo da saúde e da cidadania.

Operar a clínica ampliada significa colocar em prática o apoio matricial e a articulação em rede. No item seguinte, vamos entender um pouco mais sobre a rede no cuidado à população em situação de rua e como trabalhá-la.

Rede

A incorporação das noções de rede no campo da saúde adquiriu algumas conotações: malha de serviços, sistema articulado de serviços e ações, articulação sistêmica e ascendente de atenção e cuidados à saúde. O que permeia esses entendimentos é a ideia de que as redes permitem enraizamento, capilaridade, cobertura e penetração de territórios, traduzidas em uma capacidade de alcance e de abrangência de diferentes modalidades de serviços e produtos de saúde (MENDES, 1993).

O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde é uma forma de garantir a integralidade, a universalidade e a equidade

da atenção à saúde ao longo de todo o processo de implementação do SUS, vem adquirindo maior relevância desde o final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM n. 4.279, de dezembro de 2010.

No decorrer desse processo histórico, tanto nacionalmente como internacionalmente, tem-se estabelecido relativa concordância de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às pessoas no processo de cuidado à saúde. A rede possibilita vínculos de cooperação, solidariedade e aprendizado entre as equipes e nos níveis gestores do sistema de saúde. Podemos dizer que na política de saúde brasileira a organização do trabalho em rede tem sido apontada como estratégia para consolidar os princípios do SUS.

Diferentes conceitos de redes vêm sendo elaborados em diversas áreas de conhecimento. Entretanto, alguns aspectos são comuns a todos. Segundo Mendes (1993), as redes podem ser caracterizadas pelos seguintes aspectos:

- * interdependência
- * confiança
- * autonomia
- * cooperação
- * relações relativamente estáveis



Fonte: <https://pt.freeimages.com/photo/net-1-1193852>.

A construção de redes tem sido grande aposta para lidar com processos complexos de gestão e cuidado em saúde, do trabalho das equipes de Consultório na Rua que, para exercerem o cuidado, precisam envolver-se e interagir com diferentes atores e diferentes pontos da rede no cuidado, visando ampliar o acesso aos serviços públicos de saúde e aumentar a resolutividade das suas ações.

Então, construir a rede é de extrema importância, tendo em vista uma ação integral para a população em situação de rua, com a adoção de práticas condizentes com a gestão democrática, tais como:

- * exercício da democracia;
- * enfrentamento das questões sociais abrangentes, por meio da luta e garantia dos direitos sociais;
- * estímulo ao respeito mútuo;
- * envolvimento da comunidade na definição de prioridades e tomadas de decisões;
- * descortinamento de novos horizontes no processo de trabalho dos grupos;
- * desenvolvimento do senso de coletivo

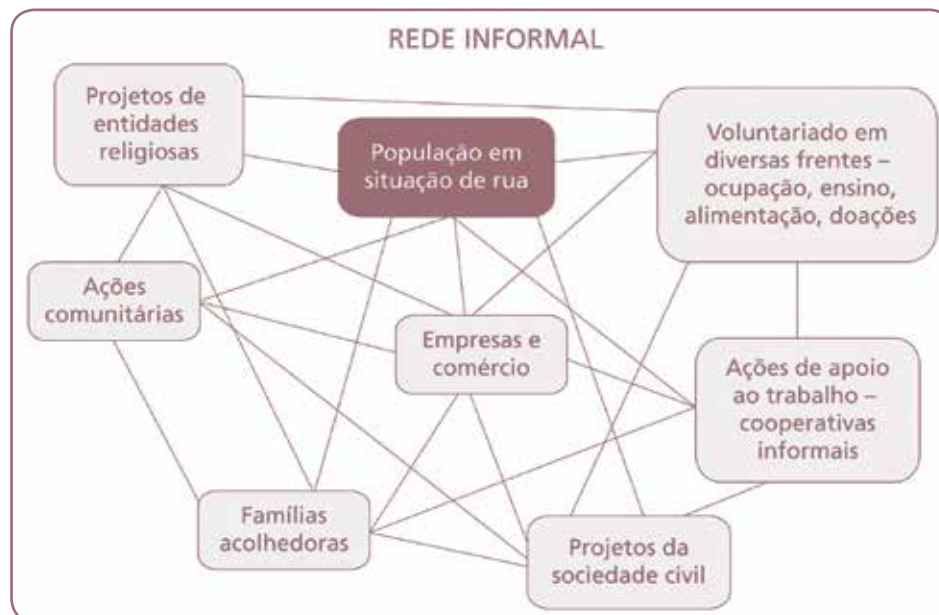
Quando trabalhamos com o conceito de rede, é necessário considerar a existência de dois tipos: a **rede formal**, composta de organizações e instituições que buscam o mesmo objetivo; e a **informal**, composta de pessoas de forma autônoma, unidas por ideias e interesses em comum.

Redes formais são grupos inter-relacionados de instituições ou organizações independentes, com um objetivo específico. Já as redes informais ou sociais representam um conjunto de “participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados.” (MARTELETO, 2001, p.72).

As redes sociais ou informais formam “territórios afetivos” ou “territórios solidários”, constituindo-se em valioso bem dos diversos grupos sociais. Muitas vezes, elas assumem maior importância na vida das pessoas que as redes formais, suprimindo carências situacionais e diminuindo as estruturais. Vale lembrar que as redes formais ou informais são, também, formas de apropriação do território pelos diversos grupos que ali se movimentam.

Veja um esquema ilustrativo de elementos que podem compor uma rede informal.

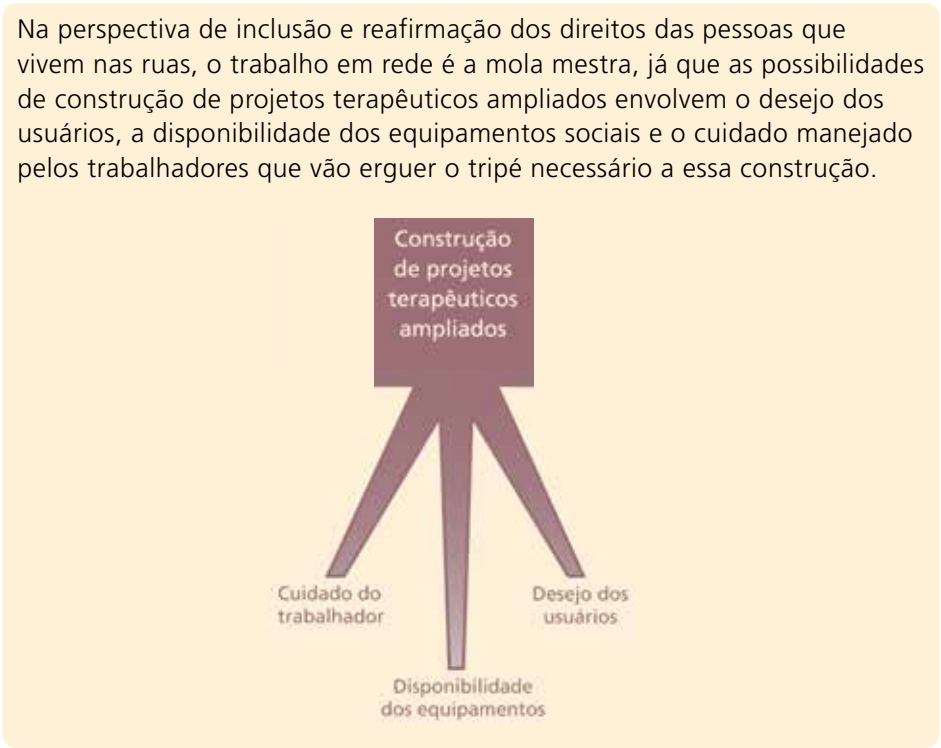
Figura 1 – Elementos da rede informal



O estabelecimento das redes de solidariedade nas ruas pode ser um fator de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis. Nos grupos sociais que compõem o espaço da rua, há também relações que dificultam acessibilidade às redes de serviços e instituições, ou seja, podem aproximar ou distanciar as pessoas desses serviços. Isso ocorre porque as redes são compostas de pessoas e nelas vão circular os mais diferentes sentimentos e ações.

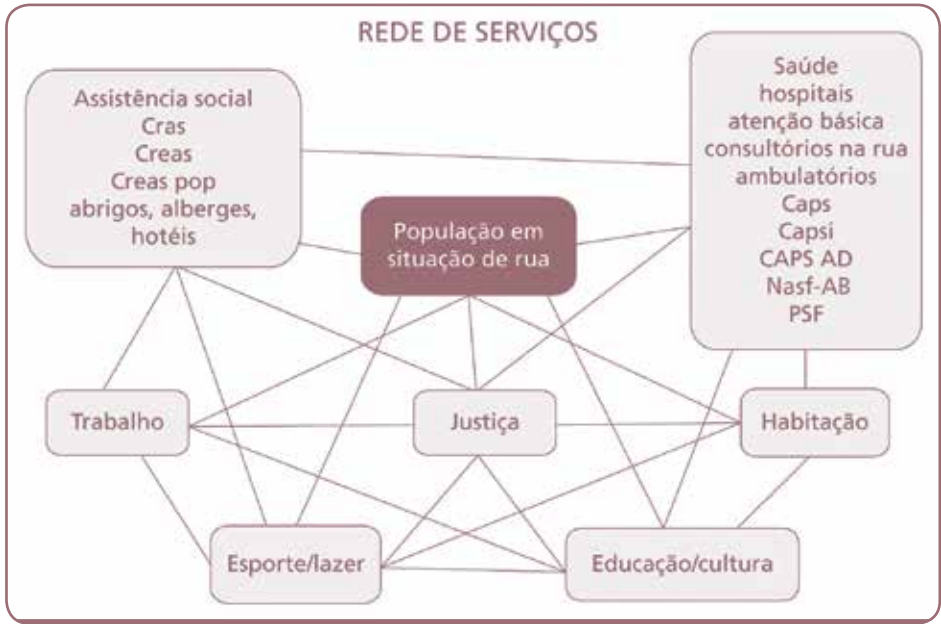
A partir das redes solidárias, podemos fazer uma passagem da exclusão para a inclusão nas redes de apoio social (LACERDA; VALLA, 2005). Em grande parte dos casos, são os vínculos solidários estabelecidos entre os moradores em situação de rua e o trabalhador/profissional que irão definir o acesso aos serviços. Isso aponta para a necessidade de investirmos na qualidade desse vínculo, construindo redes solidárias, empáticas, destituídas de preconceito.

Na perspectiva de inclusão e reafirmação dos direitos das pessoas que vivem nas ruas, o trabalho em rede é a mola mestra, já que as possibilidades de construção de projetos terapêuticos ampliados envolvem o desejo dos usuários, a disponibilidade dos equipamentos sociais e o cuidado manejado pelos trabalhadores que vão erguer o tripé necessário a essa construção.



Veja um esquema ilustrativo de elementos que podem compor uma rede formal.

Figura 2 – Elementos da rede formal.



O esquema anterior tem a população em situação de rua no centro da interface com diferentes modalidades de serviços, tecida na prática cotidiana do cuidado, no desafio que cada caso nos proporciona. Essa rede se constitui de forma dinâmica, por meio de visitas aos serviços, na devolutiva e no acompanhamento dos casos junto às instituições envolvidas, conhecendo-se de forma minuciosa os fluxos, procurando garantir uma ação de cuidado responsável e eficaz junto às pessoas atendidas. Com essas características, estamos constituindo uma rede de extrema potência.

A composição de rede, como dispositivo de cuidado à população em situação de rua, não deve estar restrita a uma região. As pessoas que vivem nas ruas muitas vezes se afastaram de sua moradia e deixaram para trás os vínculos com suas famílias. Quando, em alguns casos, se reintegram à família ou escolhem novos locais de moradia, contam com a nossa ajuda para se reinserir em uma nova rede social e de atenção à saúde, em um novo território.

O trabalho com as pessoas em situação de rua exige que esses serviços, que não são “casinhas”, mas espaços constituídos por pessoas, sejam como os nós de uma rede de pesca, que interligam, integrando-se em prol das necessidades peculiares dessa população. Entretanto, a construção de uma rede sugere mais que a disponibilidade de um serviço, ela implica levarmos em consideração como esses serviços se comunicam e quais modelos de cuidado eles produzem.

Vale destacar que em regiões – municípios, bairros, regiões programáticas – onde estão instaladas eCR, devemos desenvolver ações de apoio matricial entre essas e demais equipes de Atenção Básica, como uma estratégia importante na articulação intersetorial, na discussão de Projetos Terapêuticos Singulares e na construção do diagnóstico situacional do território. Essa ação matricial pode ampliar a capacidade resolutiva das equipes com a população em situação de rua, integrando saberes e práticas.

Para isso, as eCR devem articular encontros de apoio matricial com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com os outros serviços da rede de saúde do território, sensibilizando para as demandas da população em situação de rua, e promovendo o acesso dos usuários aos serviços. Uma ação matricial potente contribui para diminuir as resistências e, ao longo desse processo, construir um trabalho conjunto, estabelecendo o compartilhamento dos casos de forma mais contínua a partir da participação das equipes nas reuniões técnicas das unidades, e trabalhando a responsabilização e ampliação do olhar para o território.

Apoio matricial

Trata-se de uma nova forma de **organizar o trabalho** em saúde, que tem por objetivo abandonar a linha de produção no trabalho em saúde, de modo a concretizar um cuidado realmente baseado no princípio da integralidade. A **parceria** entre as equipes na construção coletiva, tanto dentro de um mesmo serviço quanto na articulação com outros serviços (na perspectiva da rede), tende a produzir resultados mais potentes que o trabalho isolado.

A construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de ações que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. É preciso também garantir que a ampliação da rede seja acompanhada de uma melhora na comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes para os usuários.

É importante que as ações de rede estejam sempre centradas na pessoa que acolhemos, articulando as diversas instâncias de cuidado e serviços da rede, mas sempre apoiadas em uma das fronteiras mais importantes do trabalho: a responsabilização pelos casos.

As visitas institucionais aos serviços da rede devem estar pautadas no conhecimento e na troca entre os serviços; devem gerar laços, informações e um catálogo de serviços que constituam a rede. Essa interface ocorre pelos contatos realizados com os usuários no serviço, na relação entre os profissionais, nos fóruns, nos comitês gestores da comunidade e demais coletivos, respeitando os processos de referência e contrarreferência já formalizados na rede.

Além disso, a construção de uma **agenda falada**, pautada no contato com os diversos serviços, constitui um documento descritivo importante no processo de construção da rede. Ela pode ser um valioso instrumento de trabalho no qual descrevemos os nossos sentimentos sobre os serviços, o perfil do atendimento, as características, os entraves e as facilidades encontradas. Essa agenda pode nos ajudar a pensar o que podemos articular em termos do cuidado ao paciente, levando em consideração o seu perfil e desejo e adequando a nossa **cesta de possibilidades à cesta de anseio dos nossos pacientes**.

Para refletir

Como você acredita ser possível contribuir para o estabelecimento/ fortalecimento de uma rede de apoio à pessoa em situação de rua por meio da sua prática profissional?

A rede se expressa, na prática do trabalho, pela oferta de serviços variados. Veja, a seguir, alguns especificamente relacionados à atenção à população em situação de rua.

Serviços especializados para a população em situação de rua e suas articulações em rede

Esses serviços são ofertados às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Um de seus objetivos é garantir cuidado, atendimento e ações que auxiliem em um projeto de vida, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e, também, com a família, quando desejado. Além disso, devem analisar as demandas dessa população para, de fato, ofertar uma cesta de possibilidades de cuidados, envolvendo serviços das mais diversas naturezas, para que se possa contribuir para a construção da autonomia, da inserção social e da rede de proteção social.

A seguir, listamos alguns serviços, iniciativas e políticas relacionadas à população em situação de rua.

- * **Serviços socioassistenciais de proteção social básica e proteção social especial:** dentre outros, destaca-se a articulação com o Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviços de Acolhimento para população em situação de rua.
- * **Política de saúde:** em razão das demandas dessa natureza comumente observadas nessa população, como o uso/abuso de substâncias psicoativas e saúde mental, além daquelas decorrentes do contexto de insegurança e insalubridade a que está exposta cotidianamente, recomenda-se que os serviços especializados se articulem com as equipes de saúde que atuam nas ruas. Pessoas em situação de rua devem, ainda, ser incluídas em programas/serviços de prevenção e promoção da saúde nas unidades de Atenção Básica, situadas na localidade onde costumam estar/transitar.
- * **Política de habitação:** considerando que se trata de um público que, pela sua peculiaridade, em geral, não possui moradia convencional.
- * **Política de trabalho:** necessidade de promover ações de geração de renda que auxiliem essas pessoas a vislumbrar novas possibilidades e projetos de vida.
- * **Redes sociais locais e movimentos sociais:** apoio que o público atendido tenha construído nos espaços da rua, que podem configurar importante recurso para o fortalecimento de vínculos



Para saber mais sobre órgãos e serviços especializados para pessoas em situação de rua, indicamos a leitura da Política Nacional para População em Situação de Rua, disponível no endereço eletrônico: <http://goo.gl/E4R4G4>.

comunitários e sociabilidade. Além disso, é importante a articulação com os movimentos sociais da população em situação de rua.

- * **Demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos:** como estão expostas a diversas situações de risco e violadoras de direitos, as pessoas em situação de rua devem poder acessar os órgãos de defesa de direitos, tais como: Ministério Público e Defensoria Pública.
- * **Sistema de Segurança Pública:** é papel do sistema de segurança garantir os direitos e a segurança daqueles que vivem nas ruas, entendendo o seu grau de vulnerabilidade social.
- * **Instituições de ensino e pesquisa:** na condição de espaço de geração de conhecimento, têm papel essencial na formação dos profissionais e da sociedade sobre o tema.
- * **Serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias:** esses dispositivos e espaços são essenciais no território e no protagonismo das pessoas que vivem em situação de rua, pois têm condições de articular uma série de elementos que podem propiciar: a garantia dos direitos; o resgate da autoestima; e a reorganização dos projetos de vida.

Para refletir

Quais desses elementos listados você encontra no seu território? Que fatores contribuem para a inexistência de alguns deles? O que pode ser feito para potencializar os elementos presentes?

É de grande valia que a articulação em rede harmonize o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado e proteção à população em situação de rua. Para que isso aconteça, contudo, é fundamental que, no âmbito desses serviços que compõem a rede de cuidado, se tenha um mapeamento da rede de serviços dos mais diversos territórios com fluxos de articulação pactuados.

Formação de redes

Muitas redes se formam espontaneamente a partir de interesses comuns de um grupo de pessoas. Às vezes, esses grupos continuam funcionando, tendo em vista os objetivos estabelecidos pelo trabalho, sem regras explícitas e para o benefício de todos os seus membros. No

entanto, a partir de um determinado número de pessoas envolvidas e, especialmente, quando organizações passam a fazer parte de uma rede, é imprescindível que haja algum grau de formalização:

- * os propósitos são explicitados;
- * os papéis dos atores são definidos; e
- * as regras de cooperação e convivência são estabelecidas.

Comumente, encontramos redes tecidas artesanalmente, em meio aos desafios dos casos, por intermédio das crises e urgências vividas na prática do cuidado, ou porque conhecemos um profissional de outro serviço que, sabemos, nos estenderá a mão diante de uma dificuldade. Essa forma de tecer a rede está fortemente presente em nossa prática e tem seu valor como experiência e na transformação da nossa prática.

Vale destacar que, em meio à ação de cuidado à população em situação de rua, o trabalhador vai tecendo uma **rede de mobilização social**, da qual se torna porta-voz das situações vividas, das necessidades e da luta pela melhoria da qualidade de vida dessa população.

Essa produção da rede de mobilização social ocorre no meio acadêmico e, especialmente, nos fóruns temáticos: Álcool e Drogas, População em Situação de Rua, Saúde Mental; e nos Conselhos distritais, comunitários, de classe.

Outro espaço importante é o Fórum da População em Situação de Rua, que ocorre em diversas cidades e municípios do Brasil e tem como pauta o empoderamento e a luta por direitos da população em situação de rua.

Alguns trabalhos em rede integram serviços afins e parceiros para beneficiar o processo de trabalho dos profissionais de diferentes instituições, visando garantir o cuidado à população envolvida. Outras redes são intersetoriais e se unem com o objetivo de atuar sobre a complexidade que o trabalho exige. Esse fator é muito comum no trabalho das equipes de Consultório na Rua, tendo em vista a complexidade no cuidado à população atendida.

Há redes que evitam a formalização por temer que as vantagens da espontaneidade e da informalidade se percam. Por outro lado, quando uma rede cresce e, com ela, a sua complexidade, geralmente é a informalidade que faz com que informações relevantes se percam.

Exemplos muito comuns de organização de espaços que propiciam o trabalho em rede são os Fóruns de Saúde, muitas vezes temáticos, por áreas específicas, mas que, na sua maioria, têm como objetivo qualificado o cuidado à saúde da população.



Em São Paulo, o movimento “Rua Rede” tem como objetivo promover o resgate de direitos e da vida digna em situação de rua. No site do movimento, há o jornal *O Trecheiro*, uma produção muito interessante que mostra o valor do trabalho em rede. Para saber mais sobre o “Rua Rede”, acesse: <http://www.rederua.org.br/rederua/trecheiro.html>.

O desafio de uma rede é, portanto, encontrar o equilíbrio entre a formalidade e a informalidade, entre processos sistemáticos e processos espontâneos, mantendo a organização e a descentralização dos processos.

Embora uma rede, geralmente, não seja projetada para um prazo limitado, isso não quer dizer que ela seja estabelecida de uma vez por todas. Pelo contrário, é bastante provável que, ao final de um ciclo de interface, haja momentos de avaliação da sua missão, o que pode gerar o restabelecimento de novas propostas e ajustes. Com isso, inicia-se, na rede, uma nova fase de planejamento e implementação, a fim de realizar as atualizações e os ajustes necessários ou pertinentes.

Considerações finais

Podemos ressaltar que as equipes de Consultório na Rua estão sendo essenciais para garantir o acesso à saúde à população em situação de rua, sendo muitos dos atendimentos voltados para pessoas com questões relacionadas ao uso abusivo de drogas. Imagine como é oportuno, em uma situação como essa, o encontro com uma equipe de profissionais disposta a ofertar saúde, escutar histórias, possíveis angústias e poder viabilizar acesso a outras redes de cuidado! Importante, não é?

Por isso, entender essa população, o seu território de vida e constituir redes de cuidado pautadas na intersetorialidade são pontos essenciais para que possamos constituir uma gestão participativa e democrática, o que vai interferir de forma direta nos processos de trabalho de cada serviço, tema a ser tratado na próxima unidade.



Atividades da Unidade de Aprendizagem I



Atividade 1 – O que acontece em cada lugar?

Modalidade: presencial

Duração: um turno

Produto: discussão sobre o trabalho junto à população em situação de rua nas localidades dos alunos da turma.

Objetivo: proporcionar um debate que favoreça a integração dos alunos e a possibilidade de se relacionarem com diferentes práticas e desafios, auxiliando a análise sobre os processos de trabalho e cuidado com os usuários.

Como realizar a atividade?

1. Pré-tarefa – Ao receber a comunicação de sua aprovação no curso, será pedido ao aluno que mande um vídeo de, no máximo, 2 minutos de duração falando sobre pontos centrais do seu trabalho com a população em situação de rua. O vídeo produzido deverá ser publicado em algum serviço de vídeo na internet e o link para acesso a ele deverá ser postado no AVA.
2. Em turmas de 20 alunos o tutor irá passar os vídeos preparados pelos alunos. Essa atividade terá cerca 60 minutos.
3. Depois de os alunos assistirem aos vídeos, iniciaremos o debate com base nas seguintes questões disparadoras:
 - Como foi conhecer o trabalho realizado em outras localidades?
 - Como a experiência do outro me ajuda a pensar a minha experiência?

Você pode publicar seu vídeo em serviços como o YouTube, Vimeo.

Atividade 2 – Análise situacional

Modalidade: presencial

Duração: um turno

Produto: troca de experiências sobre as representações sociais e imaginárias sobre a população em situação de rua .

Objetivo: discutir rótulos, estigmas e preconceitos no contexto da população em situação de rua e ajudar os alunos a reorganizarem suas competências para trabalho na rua.

Como realizar a atividade?

A turma será dividida em quatro subgrupos de cinco pessoas cada. Nos subgrupos, os alunos são convidados a:

- * fazer uma descrição de como percebe que a população em situação de rua é vista pela sociedade (representação social e imaginária) e listá-las em um papel no subgrupo.
- * discutir e, depois, registrar em um papel uma definição de “sucesso” para o trabalho com a população em situação de rua.

O conceito de representação social foi pensado pelo psicólogo social Serge Moscovici (1961) como forma de analisar os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder como referencial a individualidade de cada sujeito. As representações sociais são desenvolvidas em nossos ambientes sociais e nas nossas relações interpessoais, levando em consideração os mitos, as crenças, os fatos, as situações vividas e as ideias constituídas, fazendo com que esses elementos influenciem na construção do conhecimento compartilhado e na nossa cultura de modo geral.

1. Agora no grande grupo (turma toda), os alunos irão juntos produzir uma definição coletiva de sucesso para o trabalho com a população em situação de rua. Esse conceito “final” do grupo fica escrito num quadro ou numa folha de papel pardo visível para todos. Essa atividade será conduzida pelo tutor, a definição elaborada será usada como norteadora nos trabalhos seguintes.
2. Em plenária, cada subgrupo apresenta a forma como percebe que a população de rua é vista pela sociedade, recuperando a lista que produziram e identifica os rótulos presentes na descrição.
3. O tutor faz a leitura da definição de sucesso feita pela turma e apresenta a seguinte questão: **Qual a relação entre a maneira como percebemos a população em situação de rua e a forma como realizamos o nosso trabalho?**
4. O tutor faz, com a turma, uma discussão sobre estereótipos. Enfatiza-se a utilidade real dos rótulos e a falta de sentido em pedir a alguém que não rotule: o importante não é rotular, mas desvelar os interesses envolvidos e efeitos que o processo tem para quem rotula e quem é rotulado, buscando exercitar nova forma de agir.

Questões para provocar a discussão:

- * Por que rotulamos?
- * Qual o efeito para quem rotulou?
- * Qual o efeito para quem foi rotulado?
- * Quais os riscos de rotularmos alguém?
- * Caso a questão do preconceito tenha aparecido na atividade, como devemos agir diante dessas situações?
- * Caso o preconceito não apareça na atividade, relate situações da prática cotidiana em que o preconceito esteja presente.
- * É possível fazer relações entre preconceito e violência na sua experiência no trabalho com pessoas em situação de rua?
- * Como desmistificar a pessoa em situação de rua?
- * Com lidar com a pessoa que sofre preconceito?
- * Como trabalhar o preconceito junto à rede?
- * Como trabalhar o preconceito de uma atividade profissional em relação a outra? Exemplo: relação entre a saúde e o trabalho da assistência social e vice-versa.
- * Como lidar com o preconceito por trabalhar na rua? Exemplo: como as pessoas do seu meio social reagem quando você conta que trabalha com população de rua?
- * Como a mídia influencia a construção do preconceito; qual a interferência da mídia nessa construção; isso interfere no seu trabalho?
- * É possível fazer relações entre preconceito e violência na sua experiência no trabalho com pessoas em situação de rua?

5. O tutor retoma a definição coletiva de sucesso para o trabalho com a população em situação de rua feita pelo grupo e abre o debate sobre em que medida as representações sociais e imaginárias influenciam a nossa definição de sucesso.

Questões para provocar a discussão:

- * É possível perceber a influência das representações sociais que temos a respeito da população em situação de rua e a construção da nossa concepção de “sucesso” no nosso trabalho?
- * Se sim? De que forma?
- * Se não? De que forma escapamos dessa influência?

Atividade 3 – Análise do fenômeno da violência no território

Modalidade: presencial e a distância

Duração: um turno + 1 semana

Produto: discussão do grupo, produção lúdica no encontro presencial e envio de texto pelo AVA.

Objetivo: discutir e analisar como os determinantes territoriais e sociais influenciam no cuidado à população em situação de rua.

Como realizar a atividade?

1. O tutor apresentará uma coletânea de matérias (em data show ou impressas) que retratam situações de violência com pessoas em situação de rua. A ideia é deixar que os alunos, com tranquilidade, acessem e se relacionem com o material.
2. Em seguida, serão projetados 5 minutos do vídeo Pierre Bourdier e a educação (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=R6B6Fiu7kAQ>) para apresentação dos conceitos de Violência Simbólica e de Capital Cultural.
3. Com base nas matérias e vídeos, propomos a reflexão:
 - Que sentimentos e reações afloram quando você se defronta com a violência em uma situação de trabalho (por exemplo, em uma comunidade em conflito ou em uma cena de uso de crack)?
4. A partir dessa reflexão a turma fará uma discussão com base nas questões disparadoras a seguir. A discussão deverá ser registrada por um relator, definido pela turma.
 - Qual o papel da violência e das vulnerabilidades como produtoras de adoecimento (para o cuidador e para o sujeito cuidado)?
 - Quais são os determinantes do território que influenciam na construção de vulnerabilidades e violências?
 - Que violências simbólicas você percebe ao longo do seu trabalho com pessoas em situação de rua?
5. Considerando a discussão realizada, os alunos irão trabalhar proposta de como lidar como efeitos da violência, gerando dois produtos:
 - ainda no encontro presencial, utilizarão formas lúdicas que representem sua forma de lidar com os efeitos da violência. Podem ser poesia, letra de música, representação artística, imagem etc.;

- após o presencial, elaborarão, individualmente, um texto narrativo da proposta. Para facilitar e qualificar esta produção, recomendamos fazer uma leitura (i) dos pontos principais da discussão realizada no presencial sobre o cotidiano das suas práticas profissionais e (ii) do texto *Violência e saúde como um campo inter-disciplinar e de ação coletiva*, de Maria Cecília de Souza Minayo e Edinilsa Ramos de Souza, 1998, disponível na biblioteca do curso. O documento com a produção individual deverá ser enviado ao tutor por meio da ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 4 – Mapa falante

Modalidade: a distância

Duração: três semanas

Produto: descrição do território real de atuação da sua prática e esboço de um mapa desse território.

Objetivo: proporcionar aos alunos a possibilidade de enxergar o território como observadores/participantes; entender como estão estruturados o território e a rede onde atuam e, com base nesse entendimento, pensar seus processos de trabalho e cuidado com os usuários.

Parte 1 – Análises

Modalidade: a distância

Duração: uma semana

O que é um mapa falante?

Atuar em um território requer o conhecimento profundo de suas características. Suas redes de relações, fluxos, serviços, espaços de circulação são elementos-chave para a proposição de ações efetivas e que conversem com as demandas reais do local.

Para isso, é necessário identificar e localizar os espaços e as instituições, seus usos pela população em situação de rua, com o objetivo de conhecer a dinâmica existente, os hábitos e costumes, bem como entender as vulnerabilidades sociais originadas na interação com a rua.

O mapa falante é uma técnica integrante da construção compartilhada de soluções locais. Auxilia no diagnóstico participativo do território por

meio de um processo de coleta e registro de informações e percepções sobre o território, por aqueles que o conhecem e nele atuam, ou seja, quem vive, convive com ou vivencia a realidade a ser retratada: profissionais de diversos setores, instituições, comunidade, famílias e os moradores. Portanto, também é uma ferramenta popular de mobilização social e produção de conhecimento sobre a realidade local.

Como realizar a atividade?

1. Inicialmente, os alunos devem conversar com sua equipe de trabalho e discutir sobre o seu território de atuação profissional, compartilhando os dados que conhecem e as suas impressões, com base nas questões norteadoras a seguir:
 - * Qual é a abrangência do território?
 - * Qual é o perfil da população que habita esse território? E o perfil específico da população em situação de rua?
 - * Quais as principais questões de saúde que a população apresenta como desafio de cuidados?
 - * Quais serviços de saúde e assistência social estão disponíveis nele/para ele?
 - * Que serviços e grupos da rede estão presentes e podem auxiliar no cuidado à população em situação de rua? Quais faltam?
 - * Como os profissionais recebem a população em situação de rua nos serviços da rede?
 - * Como os serviços da rede acolhem e percebem a população em situação de rua? Caso haja dificuldade nesse acolhimento, como os profissionais que trabalham com a população em situação de rua podem interferir nisso?
 - * Como fomentar parcerias com a rede informal?
 - * De que forma essas parcerias com a rede informal podem potencializar o cuidado no território?
 - * Quais são os principais problemas do território?
 - * Quais as potencialidades do território?
 - * Como é a presença do poder público no território?
 - * Qual o efeito de preconceito na organização da rede e, consequentemente, na ação de cuidado?
 - * Como os recursos do mapa podem ajudá-los no entendimento do seu trabalho?

- * Como os serviços da rede interagem no cuidado realizado?
 - * O território influencia as práticas clínicas e o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua? Se sim, como?
2. Com base nessa discussão o aluno irá apresentar uma fotografia, gráfico ou outra forma de mapeamento que julgar pertinente e irá estruturar, com a descrição do perfil da população, principais agravos, equipamentos e dispositivos da rede e as demais características do território.
 3. Os mapas e relatos deverão compor um arquivo único.
O documento com a produção individual deverá ser enviado ao tutor por meio da ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Parte 2 – Discussão

Modalidade: a distância

Duração: duas semanas

Produto: discussão sobre território no fórum.

Objetivo: discutir dificuldades e potencialidade do território, mediante análise da experiência vivida na prática cotidiana de trabalho.

Como realizar a atividade?

Participe do fórum de discussão aberto pelo seu tutor no AVA compartilhando com a turma como foi a realização da atividade com a sua equipe de trabalho. Dialogue com seus colegas para identificar, no seu território e nos deles, potencialidades e dificuldades para o trabalho com a PSR.

Atividade 5 – Percurso de rede

Modalidade: a distância

Duração: três semanas

Produtos: Registro por escrito de um itinerário terapêutico de um paciente, de acordo com a matriz fornecida na atividade. Discussão em fórum após a investigação do itinerário.

Objetivo: refletir sobre o plano estratégico que cada paciente constrói para lidar com a doença e o sofrimento, de forma a compreender a dimensão sociocultural de suas escolhas e o valor das redes formal e informal presentes no território.

Descrição: Nesta atividade, os alunos produzirão, em seus espaços de trabalho, a investigação e a sistematização de um itinerário terapêutico orientados por uma matriz disponibilizada.

Parte 1 – Investigação

Duração: uma semana

Como realizar a atividade?

1. Ao retornar aos seus espaços de trabalho, cada aluno selecionará um caso de um usuário do serviço em que atua (atendimento novo ou retorno) para a realização da atividade. Para essa escolha, deve levar em consideração:
 - * Ser um usuário que apresente uma doença ou aflição que tenha promovido nele a busca por diferentes estratégias para o cuidado.
 - * Evitar escolher casos em que o usuário relate diversas queixas, pois isso poderá dificultar o mapeamento dos espaços buscados e os motivos.
 - * Selecionar um caso cuja doença ou aflição sejam bastante significativas para o usuário, tendo em vista que a realização da atividade poderá ajudar você a cuidar dessa pessoa.
 - * Privilegiar casos emblemáticos, tais como infecção pelo HIV, abuso de crack, gestação com uso de drogas, tuberculose.
2. Com base no caso escolhido, você deverá produzir um encontro com o usuário para investigação do itinerário terapêutico percorrido por ele, tendo como base as questões do Quadro 1. Essa investigação deverá ser registrada e enviada pela ferramenta Envio de arquivo no AVA.

Quadro 1 – Matriz para a investigação de itinerário terapêutico

Itens a serem investigados/registrados durante a realização da atividade
* Descrição do paciente escolhido para realizar a investigação sobre o itinerário terapêutico: • Dados básicos: sexo, idade, raça etc. • Situação social * Retrato do paciente sobre o itinerário: • Como foi a descoberta da doença ou aflição? • Em que momento ela aconteceu na sua vida? • Quais os sentimentos vividos nessa situação?

Itens a serem investigados/registrados durante a realização da atividade

- * Descrição, em ordem cronológica, dos percursos de ajuda e cuidado que o paciente buscou diante da doença ou aflição:
 - Que recursos e espaços esse usuário buscou? Exemplos: instituições religiosas, associação de moradores, apoio de pessoas da comunidade, familiares etc.
 - Que motivos provocaram essas buscas nesses espaços? Exemplos: confiança, vínculo, oportunidade, falta de opção etc.
- * Análise do processo de investigação do itinerário com base nas questões a seguir:
 - Como foi para você realizar a investigação do itinerário terapêutico?
 - O que foi possível perceber?
 - Como se deu a vivência e percepção de doença ou sofrimento por esse paciente?

Parte 2 – Discussão em fórum

Duração: 2 semanas

Como realizar a atividade?

Após a realização da investigação de itinerário terapêutico, participe do Fórum da Atividade 5, e discuta com sua turma tendo como base as seguintes questões norteadoras:

- * O que o itinerário terapêutico tem a nos ensinar no que diz respeito à compreensão da importância da rede e do território no cuidado?
- * É possível compreender a influência sociocultural nas escolhas dos percursos escolhidos pelo paciente?



II Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua

Joice Pacheco

Jorge Samuel Dias Lima

Katia M. Amirati

Marcelo Pedra Martins Machado



Sobre a unidade de aprendizagem

Na Unidade de Aprendizagem I, introduzimos questões importantes para o cuidado da população em situação de rua (PSR) e para o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR), como o conhecimento e a atuação territorial, o reconhecimento da população atendida e a lógica de cuidado integral que pressupõe, para sua concretização, uma atuação articulada das equipes de saúde e de construção de redes intra e intersetoriais, formais e informais.

Nesta Unidade de Aprendizagem II, aprofundaremos alguns desses pontos, trazendo o foco para as eCR como dispositivos da Atenção Básica que favorecem o acesso da PSR à saúde e avançam para esse cuidado integral e resolutivo.

É um enorme desafio abordar um processo de trabalho com tantas complexidades como o das eCR! Compreendemos que parte da nossa contribuição aqui nesta UA está em trazer alguns elementos para reflexão e ofertar uma proposta de caminho que pode ser percorrido para planejamento das ações e organização do processo de trabalho das eCR. Esta proposta de caminho é:

- * análise do perfil da população atendida;
- * identificação de ações prioritárias;
- * construção da agenda de trabalho; e
- * monitoramento e avaliação do trabalho produzido por meio de indicadores

Oferecemos um conjunto de ferramentas para auxiliar as eCR na organização dos seus processos de trabalho e na potencialização do cuidado ofertado. Acreditamos que, dessa forma, ajudaremos a dar concretude a alguns elementos já apresentados na UAI e, conseqüentemente, contribuir para aumentar a resolutividade das equipes e dar visibilidade a suas ações.

Os objetivos desta unidade são:

- * Promover a reflexão da equipe sobre seu processo de trabalho, visando ao aperfeiçoamento de suas práticas.
- * Promover o compartilhamento de experiências e oferecer ferramentas para a melhoria do processo de trabalho.

- * Fomentar e subsidiar a prática do planejamento, do monitoramento e da avaliação do processo de trabalho no cotidiano das equipes.

Não pretendemos, nesta unidade, criar um roteiro rígido de organização de serviços, de processos de trabalho, mas pretendemos possibilitar a reflexão de como é possível, considerando as especificidades do trabalho das eCR, intercambiar conceitos e elementos dos processos de trabalhos produzidos e consolidados das equipes de Estratégia de Saúde da Família com uma eCR, que tem como uma das características principais ser itinerante.

Assim como a unidade anterior, apresentamos um texto disparador de reflexões e, na sequência, atividades que possibilitam análise e interferência nos contextos reais de trabalho. Com isso, buscamos fazer do espaço do curso um lugar de contribuição para a qualificação das práticas dos profissionais das eCR na construção dos seus processos de trabalho e oferta de cuidado à PSR.

Bons estudos!



Texto disparador
de reflexões



População em situação de rua e a saúde como direito

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A forma de dar materialidade a esse artigo foi a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como princípios, dentre outros, a universalidade, que preconiza que todos tenham acesso aos serviços de saúde; a integralidade da assistência; a equidade como maneira de redução das desigualdades.

A Atenção Básica é um dos níveis de atenção do SUS e operacionaliza seus princípios e diretrizes. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

As equipes de Consultório na Rua são equipes da Atenção Básica que, embora lidem com um conjunto de especificidades no seu trabalho considerando a população que atende, devem pautar-se por seus princípios e diretrizes.



O SUS foi instituído pela Lei 8080/1990, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm



A Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de funcionamento e organização das equipes de Consultório na Rua, está disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

Para refletir

O Consultório na Rua é um serviço da Atenção Básica que deve seguir e realizar ações que são feitas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)? Como transpor essas ações da UBS para o território Rua?

As equipes de Consultório na Rua e os princípios e diretrizes da Atenção Básica

O Consultório na Rua é uma das estratégias na Atenção Básica para reafirmação/ operacionalização dos princípios do SUS, pois busca garantir o acesso, a inclusão e o cuidado da PSR, historicamente negligenciada e invisibilizada, que precisa se ver e ser vista como uma população de direitos (neste caso, à saúde). Neste sentido, é um dispositivo de equidade, necessário dado o fato de vivermos em uma sociedade desigual como a nossa.

São as eCR que facilitam a entrada do usuário dessa população no SUS e que ordenam o cuidado, caso ele precise de encaminhamento para outros níveis de atenção. Ser **porta de entrada** é acolher, estar presente com o usuário, realizar uma escuta qualificada de sua queixa, legitimá-la, problematizá-la, cuidar, atender às demandas e compartilhar o cuidado com outros pontos de atenção, conduzindo com o usuário o cuidado necessário, ocupando este lugar de referência em saúde dessas pessoas.

As características do território rua e da PSR foram abordadas na UAI e subsidiam as discussões desta UAI.

No caso da PSR significa, também, buscar ativamente o usuário e utilizar estratégias para estabelecer vínculo com ele e provocar o aceite e o envolvimento dele em seu processo de cuidado para, a partir disso, trabalhar a produção de um cuidado integral. Essa busca se dá no território de atuação da equipe, que apresenta características diferentes de lugar para lugar, ou mesmo dinâmicas que transformam aquele mesmo território em um outro bastante diferente a depender, por exemplo, do horário em que realizamos uma visita a ele.

A compreensão da responsabilidade sanitária de PSR por todas as equipes do SUS (Atenção Básica e especialidades) não é rotina na maioria das equipes. As ações de articulação de rede das eCR por meio de matriciamento ou de reuniões de rede devem contribuir para o avanço neste atendimento, pois uma das funções das eCR é articular a rede ampliando o atendimento desta população.

Sobre ser porta de entrada e garantir acesso

Basta deixar a porta aberta para que as pessoas entrem? E onde está a porta? Qual tamanho que ela possui? Como podemos pensar na acessibilidade a esta porta de entrada.

Antes de discutir o papel das eCR, é importante reafirmar que os serviços de saúde e as demais equipes de saúde da Atenção Básica, por sua **responsabilidade territorial e sanitária** pelo espaço de atuação, deverão discutir e realizar o cuidado das pessoas em situação de rua em regiões onde não existem equipes de Consultório na Rua. Em locais onde há eCR, esse cuidado deverá ser compartilhado. Afinal, se defendemos a saúde como um direito, não podem ser só as eCR as responsáveis por garanti-lo.

Mas, é claro, o cuidar na rua possibilita outras construções e estratégias.

Algumas dessas estratégias que favorecem o acesso são identificar os horários em que a maioria da população referida utiliza os serviços, como se alimenta, se usa algum serviço além do Consultório na Rua, se têm horários para banho, almoço, usam álcool ou outras drogas e em quais horários.

Perguntas sobre a dinâmica da população permitem quais os principais horários e em quais locais devemos estar presentes. Será que devemos fazer uma agenda fixa em praças ou outros logradouros públicos? E a base da UBS? Como funciona a sala do Consultório na Rua nesta UBS?

Identificar as características da população atendida nos diz muito sobre como podemos realizar nossa abordagem. São homens que vivem sozinhos, ou vivem em grupos? Existem famílias nas ruas, mulheres, mulheres grávidas? Diante desses pontos o que é promover acessibilidade para você e sua equipe? ■

Garantir o acesso ou facilitá-lo propiciará a construção do vínculo, e, conseqüentemente o cuidado integral. Identificar causas e formas de adoecimento, identificar com o usuário os momentos de maior e menor sofrimento mental ou físico, acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e de outras variáveis são formas de consolidar o vínculo e prestar um cuidado ao longo da história de vida dessas pessoas. Dar **continuidade no cuidado** é acompanhar e seguir junto na construção de estratégias de cuidado em saúde.

Em algumas cidades ou mesmo em diferentes bairros da mesma cidade, as pessoas em situação de rua são fixas em um determinado território. A equipe pode, então, cadastrá-las e consegue acompanhá-las longitudinalmente, com maior facilidade. Já em outras, a maior parte da população é migratória, com deslocamentos para outros municípios ou para outras regiões do mesmo município, permanecendo poucos meses e até mesmo dias na cidade ou naquele território de responsabilidade da equipe.

Na cidade de Joinville/SC, por exemplo, 60% da população tem apenas um único atendimento pela eCR e a justificativa para isso é a migração para outra cidade. Contrapondo esta situação, no mesmo estado, a cidade de Criciúma/SC tem quase a totalidade de sua **população em situação de rua “fixa”**, que migra para uma praia próxima apenas em curtos períodos do verão, fazendo com que a equipe conheça e acompanhe toda pessoa em situação de rua daquela cidade. ►

População em situação de rua “fixa” entendemos como aquela que mantém pouca itinerância e mobilidade relacionada ao seu local de permanência, convivência e cuidados de vida, ou ainda que a realiza de maneira eventual ou por curtos espaços de tempo. Em contraposição a esta característica, temos a população “flutuante e/ou migratória”, que mantém intensa itinerância e mobilidade pelos territórios, construindo rápidas e frágeis (no que se refere ao tempo cronológico) relações de permanência, convivência e cuidados em cada um dos lugares.

Como é em sua cidade? Você atende sempre a mesma pessoa nos lugares em que você e sua equipe vão ou constantemente são pessoas novas? Como fazer para acompanhar esta população? Que estratégias são possíveis?

Prestar cuidado em saúde é compreender que ele é **integral**, que não podemos fragmentar o indivíduo, dado que ele é um ser amplo, com diversas questões a serem olhadas e cuidadas, que podem inclusive ir para além das questões de saúde. Ao falarmos sobre população em situação de rua, em alguns casos, algo que poderia ser feito por outro serviço, se desenvolvido por uma eCR, pode ser um produtor de saúde. Por exemplo, sem ser reducionista, a produção de carteira de identidade, que não é algo classicamente considerado uma ação de saúde, pode ser um potencializador de saúde, de reconhecimento do indivíduo e colaborar com o processo de autonomia deste sujeito.

Uma forma muito potente de coordenar o cuidado é construir com os sujeitos os projetos terapêuticos, compartilhando cuidados (e não transferindo responsabilidades). Estar atento a este sujeito é pensar em ações de curto, médio e longo prazo. Estratégias de compartilhamento de cuidado serão abordadas mais adiante nesta unidade e a construção de um PTS será objeto de discussão na Unidade de Aprendizagem III.

A mediação, pelas eCR, da relação do usuário com a rede inter e intra setor saúde potencializa o vínculo e é a forma de a equipe realizar a **coordenação do cuidado** do indivíduo. Exemplos disso são acionar a rede socioassistencial para um abrigo ou um outro serviço de saúde como o Caps para um atendimento compartilhado. É exatamente porque temos o vínculo e realizamos o cuidado longitudinal daquela pessoa que faz sentido que essa função seja nossa, sempre escutando, consultando o usuário e firmando pactuações com ele.

Neste ponto em que já abordamos algumas diretrizes do trabalho da eCR, é importante darmos especial destaque a três outros elementos orientadores das práticas de cuidado: a redução de danos, a clínica ampliada e o matriciamento.

Redução de danos como ética orientadora do cuidado

A redução de danos, já mencionada na UAI, é uma estratégia historicamente construída por meio da qual, inicialmente, profissionais de saúde manejavam casos de interface de uso abusivo de drogas injetáveis e transmissão de HIV. A lógica de minimizar os danos à saúde do indivíduo causados pelo abuso de substâncias de uma forma diferente do absenteísmo se mostrou potente de tal maneira que extrapolou o âmbito da saúde mental e foi incorporada pela Atenção Básica como um dos elementos orientadores do cuidado integral.

A redução de danos preconiza que o usuário deve receber informações corretas e seguras sobre seu quadro de saúde, sobre os riscos e danos do comportamento, incluindo as informações sobre cidadania e direitos para que possa tomar uma decisão baseada em fatos e possibilidades. Trabalhar na lógica da redução de danos é poder escutar o usuário e analisar com ele as possibilidades sem limitações de cuidado.

As eCR, para muitas cidades, vieram responder a problemática do uso de crack em locais públicos. Por lidarem muito frequentemente com o uso de substâncias psicoativas ou álcool e outras drogas, muito recorrente entre a PSR, orienta sua prática pela redução de danos no cuidado a essa condição. O que é importante destacarmos é que essa ética de cuidado é incorporada pela Atenção Básica e deve permear todas as práticas de cuidado da eCR (assim como da ESF e outras equipes), e não só as voltadas para o uso de substâncias. Ao ampliarem seu olhar para o cuidado integral em saúde, as eCR ampliam a capilaridade de atuação e, conseqüentemente, sua resolutividade.

Para exemplificar ações de cuidados sob a lógica de redução de danos, podemos citar a distribuição de copos de água, por algumas eCR, para o usuário de crack e/ou múltiplas drogas, a fim de garantir a ingestão de água e reduzir os danos relacionados à desidratação. A entrega da água é o momento de trabalhar várias questões e desenvolver a ação de redução de danos de forma a fazer sentido para o processo do cuidado. É a hora de o profissional estimular a reflexão do usuário: questionar se ele está fazendo uso somente de álcool e sem momentos de ingestão de água, ou ainda, caso ele seja diabético se bebe apenas refrigerantes e sucos para se hidratar. Desenvolver com ele a reflexão da importância de observar os comportamentos que podem gerar agravos em sua saúde.

Para além da redução de danos com ações voltadas ao usuário de drogas, podemos pensar nas estratégias de RD no cuidado às doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, o que é amplamente realizado na Atenção Básica. Os hábitos alimentares e exercícios são fundamentais para o controle dessas doenças e, por vezes, mais eficazes do que o uso de medicamentos. No entanto, adotar esses hábitos é um desafio para muitas pessoas, pois mexe com muitas questões objetivas e subjetivas.

Um exemplo de como a RD pode ajudar na negociação do cuidado possível com o usuário é o caso de um diabético, que passa a consumir, após orientações da equipe, um copo de refrigerante por dia, e não mais uma lata, conforme anteriormente. Outro exemplo é o manejo de gravidez na rua, quando uma gestante não comparece ao serviço de saúde para realização do pré-natal e os procedimentos como aferição de

Sabemos que a orientação em relação à alimentação de pessoas em situação de rua é ponto de mais difícil controle, dado que essas pessoas se alimentam de doações. No entanto, uma possibilidade de ação de cuidado na lógica de redução de danos não só a um usuário específico, mas ao coletivo daquele território é a eCR conversar com voluntários que distribuem alimentos nas ruas e orientar a quantidade de sal no preparo dos alimentos, bem como realizar discussões com a rede socioassistencial sobre preparo e qualidade dos alimentos oferecidos para essa população.

altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos fetais, aferição da pressão arterial e de peso, ou ainda coleta laboratoriais são realizados no território da rua, na perspectiva de reduzir o dano possível caso o pré-natal não seja feito, em alguma medida.

Exemplos como esses mostram estratégias de criar/fortalecer vínculo com o usuário e com a rede e de iniciar um processo de cuidado na lógica da redução de danos.

O que um profissional pode fazer dentro da lógica de redução de danos? Em um primeiro momento pode apenas escutar e atender à demanda do usuário. Ao mesmo tempo, não deve perder de vista o ponto em que deseja chegar em relação a saúde deste usuário. A construção de um projeto terapêutico, junto com esse usuário, é uma estratégia potente para não “cair na armadilha” de produzir um “falso acesso” ao SUS, dada a baixa resolutividade da ação.

Claro que, considerando as características da PSR, isso é um grande desafio! Em lugares em que a população é muito itinerante, conduzir um PTS será muito difícil, mas em territórios com uma população mais fixa, as possibilidades de avanço são mais reais. O importante é ter isso como horizonte de atuação e ter clareza das consequências, em termos de uma garantia “capenga” de direitos, de não pautar isso como ação. ■

A redução de danos, portanto, deve ser o fio condutor do cuidado, uma ética da orientação das práticas que escuta e respeita as condições, contextos e dificuldades do usuário e que não se imobiliza por isso, mas, sim, propõe, a partir dessa escuta, estratégias de diminuição dos danos à sua saúde. É uma forma de cuidar que possibilita, com um usuário à margem de convenções sociais básicas (exemplo: tomar banho), a construção de alguns limites e desconstrução de outros.

Entendemos como construção de limites o processo de reflexão e elaboração de autocuidados que não fazem parte da rotina do usuário, como ingestão de água potável e banho, higiene com as mãos... Essas construções de limites trabalham com o usuário o relacionamento com o outro e tendem a tornar seu dia a dia mais harmonioso. Também no âmbito de trabalhar limites podemos trazer como exemplo o não uso de substâncias psicoativas quando for realizar consultas médicas ou realizar alguma atividade de organização do seu dia. Ou ainda o paciente com tuberculose que aguarda a tomada da medicação para iniciar o seu consumo de álcool: para garantir o seu cuidado em saúde e alcançar a alta por cura da tuberculose está será uma pactuação necessária entre paciente e eCR.

Já na desconstrução de limites está a imposição de um padrão de comportamento, que não é desejado pelo usuário e nem tampouco construído com ele, mas imposto por uma convenção social baseada em valores morais. Por exemplo, a necessidade de atingir a abstinência de substâncias psicoativas como pré-requisito para iniciar algum tratamento, ou esta ser a condição para acolhimento em algum serviço.

Podemos afirmar que a maior importância de atuar segundo a lógica da RD é o lugar em que colocamos o usuário: no centro do seu cuidado. A redução de danos põe o usuário no centro de sua própria vida, provocando nele reflexão sobre si mesmo, sobre sua saúde e todos os elementos envolvidos nela. Ou seja, ele passa a ser corresponsável e coparticipante dos processos que envolvem seu cuidado desde o diagnóstico até seu projeto singular de cuidado. Arriscamos a dizer, inclusive, quando falamos de pessoas em situação de rua, que se não estamos agindo conforme esta lógica, o usuário nos traz para ela.

Isso nos remete a outro estruturante da forma de cuidar na Atenção Básica: a perspectiva da clínica ampliada.

Clínica ampliada

A clínica ampliada é a possibilidade de incluir o usuário nos processos diagnósticos, nas relações institucionais, sociais e familiares, assim como de pensar nas diversas possibilidades de cuidado dessas pessoas. Deve considerar o sujeito em seu núcleo relacional, suas rotinas, sua comunidade, seu processo sócio histórico, sua vida econômica, social e cultural, além de envolver os usuários na gestão dos serviços. Este é mais um elemento que potencializa o estabelecimento de vínculo profissional-usuário e, ao mesmo tempo, a possibilidade de resolução de um número maior de casos.

A clínica ampliada pressupõe que o usuário participe ativamente do seu processo de cuidado, refletindo sobre suas condições de saúde e doença, e junto com a equipe construa as possibilidades para esse cuidado. Importante destacar que a equipe de Consultório na Rua não deverá (e nem conseguirá!) responder a todas as demandas que a rua traz. Porém, é de sua responsabilidade provocar e mobilizar a rede de cuidados em saúde e intersetorial do território, o que ampliará o olhar para determinada situação, facilitando o encontro de caminhos possíveis para os cuidados das diversas situações complexas do dia a dia. Em outras palavras, a clínica ampliada demanda a rede, que uma vez articulada, pode facilitar o trabalho das eCR e torna-lo mais resolutivo.

O trabalhador de saúde se cobra – e é cobrado – em função do seu desempenho técnico. O pensamento tecnicista geralmente pretere as intuições, pelo receio legítimo de trazer influências das experiências pessoais de quem presta a assistência.

O profissional incorpora o personagem do “modelo”; o paciente traz consigo o desejo implícito de corresponder às expectativas do profissional que o atende, especialmente quando há vínculo. Ao “embarcar” nessa representação – bem-intencionada – de personagens, podemos perder a oportunidade de enxergar a realidade e debruçar em questões essenciais que determinam os processos entre a saúde e a doença.

Cuidado centrado na pessoa

O cuidado centrado na pessoa, na perspectiva da Medicina de Família e Comunidade, pensa a produção do cuidado numa perspectiva de clínica ampliada e reconhece a importância da participação do usuário na construção desse cuidado.

A abordagem do cuidado centrado na pessoa permite, por meio do diálogo franco e respeitoso, trazer à tona as especificidades dos interlocutores (usuário e profissional) perante um problema de saúde. Leva a realidade em consideração para o projeto terapêutico e proporciona ao usuário o conhecimento dos limites e de possibilidades e opções para seu cuidado.

Há um duplo “benefício” em atuar segundo essa abordagem. De um lado, ela permite ao sujeito retomar o controle da sua vida, seu papel de protagonista e responsável por sua saúde; de outro, o profissional se desloca do lugar de “onipotente e perfeito”, assumindo uma relação horizontal, empática e limitada, mas verdadeiramente interessada na pessoa e não na doença, na qual o conhecimento que detém é um elemento a contribuir, e não a pautar o processo de cuidado.

Quando o profissional percebe que a prática do método centrado na pessoa reduz sua sobrecarga de responsabilidades utópicas, empreende-se uma nova forma de vivenciar o trabalho e o cuidado.

O Consultório na Rua já rompeu com a clínica tradicional, pois já rompeu com as paredes das unidades de saúde, mas será que já rompemos com os paradigmas tradicionais da saúde?

Vamos pensar em um caso concreto: a usuária Maria é conhecida pela equipe em situação de rua como uma liderança na rua, e que apresenta alguns agravos em saúde: é hipertensa, obesa, possui transtorno afetivo bipolar e um quadro de abuso de substância psicoativa. A equipe conversa com ela em todas as suas saídas de campo, senta na rua, escuta a história da rua, mas não consegue avançar além da entrega dos insumos: água e barrinha de cereais. Até que um dia, em um atendimento psicológico que aconteceu na calçada, ela relata sua relação com seus filhos e conta que um deles foi retirado dela e que acha que ele foi roubado. Essa conversa e o acolhimento do seu sofrimento pelos profissionais possibilitaram que o vínculo fosse estabelecido. No outro dia, ela permitiu que se verificasse sua pressão arterial, que estava “nas alturas”, e aceitou o tratamento. Assim, ouvindo as questões que realmente tinham importância e significado para Dona Maria, o intenso sofrimento relacionado à destituição familiar, ampliando o olhar para

além da hipertensão e a necessidade de controle pressórico, deslocou-se o tradicional cuidado pautado na doença para um cuidado centrado no indivíduo.

Vínculo e escuta são dois elementos importantes na clínica ampliada. No caso de Maria, foi a escuta de uma angústia que ela carregava que possibilitou a criação de um vínculo entre profissional e usuária e “abriu” as possibilidades do cuidar.

Outro ponto é que o quadro clínico da Maria, embora possa ser semelhante ao de outros usuários, é único, na medida em que os contextos que a levaram a ele são singulares de cada sujeito. Isso vale para todos: um idoso, uma mulher e uma criança com diabetes lidam e sofrem diferentemente, mesmo que possuam o mesmo quadro sintomático. O mesmo vale para um oriental e um ocidental, um pobre e um rico, para quem possui suporte familiar e quem vive sozinho, para um provedor do lar e o desempregado.

Quando tratamos de escuta é também importante pensar que podemos, como profissionais, escutar algo bem diferente do que gostaríamos. Se de um lado a nossa clínica nos mostra a necessidade de medicação e alterações nos hábitos do usuário, de outro ele simplesmente pode não enxergar da mesma forma e, por isso, não se comprometer com determinadas recomendações. Os motivos podem ser os mais variados, mas, em suma, elas não são possíveis para esse usuário naquele momento. Portanto, faz-se necessário conhecer as expectativas do paciente pelo serviço, que ora são de promoção e prevenção, ora são curativas e reabilitadoras, nem sempre coincidindo com a agenda do profissional perante o caso concreto – e aqui entra, novamente, a redução de danos como uma ética do cuidado possível.

Sugerimos, no **Anexo A – Habilidades de comunicação**, alguns elementos que podem favorecer a estruturação de uma boa comunicação com o usuário, de forma a facilitar a construção de vínculo e o diálogo.

A língua inglesa tem duas palavras que vale a pena conhecermos: *disease* e *illness*. Em contraposição à doença (*disease*), o que se verifica no adoecer é a experiência que o sujeito singular tem com a doença. Esta experiência, que aqui chamaremos de moléstia (*illness*), é única para cada pessoa.

Matriciamento

Outra estratégia fundamental para romper a clínica tradicional e ampliar o atendimento dos usuários em situação de rua é a realização de matriciamento entre os serviços que respondam à demanda trazida pela população atendida. Uma falsa ideia sobre matriciamento é que um serviço especializado diz o que o outro serviço deve ou não fazer com o usuário. O matriciamento serve para discutir casos, entender os diversos ângulos de potencialidades, assim como de dificuldades apresentadas no caso. Outro entendimento equivocado, comum entre as equipes e que faz com que elas rejeitem a realização do matriciamento, é compreendê-lo como um repasse de responsabilidades do caso.

O compartilhamento do cuidado será abordado mais adiante nesta UA.

O matriciamento é a hora de dividir “expertises” sobre o caso, e pode potencializar o cuidado com o usuário. Momento de compartilhamento do cuidado, troca de experiências e de solução de problemas. Como já falado anteriormente, a eCR não é e nem pretende ser um serviço de especialidade, mas atende um público específico, com hábitos, costumes e necessidades que diferem das de pessoas domiciliadas. Como a dificuldade de realizar uma dieta com restrição de açúcar ou de sal ou a dificuldade de comparecer a um serviço no horário marcado no começo da manhã, pois os serviços que fornecem café da manhã e banho abrem no mesmo horário que o serviço de saúde.

O matriciamento pode ser o momento em que a clínica ampliada se concretize. Nele, a divisão de responsabilidades sobre o usuário entre os serviços pode gerar o fortalecimento da rede de cuidado e a ampliação deste. Em uma reunião de matriciamento, pode-se refletir e construir como o usuário em situação de rua fará o DOT da medicação de tratamento da tuberculose. Por exemplo: Na cidade de Criciúma, conquistou-se sucesso no cuidado de usuários com tuberculose e em situação de rua mapeando por onde esses usuários circulavam durante o dia na cidade e estabelecer em quais os locais a medicação poderia estar disponível para ele realizar o DOT. A eCR ficou responsável por monitorar o uso da medicação junto a essa rede.

Analisar necessidades e pensar estratégias

Falamos mais expressivamente de matriciamento junto à rede, para tentar dar conta das necessidades apresentadas pelos usuários que vão além das ofertas de cuidado que uma eCR pode oferecer.

O fundamental é analisar essas necessidades para definir a agenda de atuação. Por exemplo, no caso de equipes de Consultório na Rua que não têm médico em sua composição, ações de matriciamento precisarão ser realizadas de forma mais intensa junto à unidade para que a equipe possa ser resolutiva em suas ações.

O processo de trabalho das eCR

O processo de trabalho de uma eCR consiste em planejamento, organização e realização dos cuidados para a população em situação de rua de seu território de abrangência/responsabilidade, bem como a avaliação dessas ações ao longo do tempo. Isto se dá desde o encontro entre os seus profissionais para iniciar os trabalhos; os processos de discussões e definições das ações prioritárias a serem realizadas naquele dia ou

semana; as articulações e aproximações necessárias entre serviços e equipes da rede de saúde e rede intersetorial para o desenvolvimento deste trabalho; a avaliação das necessidades daquela população; a oferta de cuidado que a equipe tem disponibilizado; as necessidades de pactuações e criação de novas estratégias para a garantia de cuidados adequados e resolutivos; e, em especial, a constante reflexão sobre o papel da sua eCR naquele território, no nível individual e coletivo, na qualidade de equipe de saúde da Atenção Básica.

Para apresentarmos e refletirmos o processo de trabalho do Consultório na Rua, é necessário resgatar conceitos e eixos organizativos fundamentais, como os até aqui discutidos, da clínica ampliada, do matriciamento e da redução de danos, o que faremos a seguir por meio de um exemplo. Na sequência, provocaremos algumas reflexões e ofereceremos algumas ferramentas para organização do processo de trabalho de uma eCR.

Vamos considerar o caso de um usuário que informa à equipe de Consultório na Rua ser portador do vírus HIV. Neste caso, a eCR precisa se organizar para confirmar este diagnóstico, seja por meio de localização de exames anteriores realizados pelo usuário na rede de saúde, seja pela nova realização de exames para esta confirmação.

Esta equipe deverá oferecer aconselhamento e realizar testagem rápida para HIV neste indivíduo, bem como deverá realizar (diretamente ou acessando a rede destinada para tal) a coleta de exames laboratoriais confirmatórios.

Será preciso articular, portanto, com a rede de laboratório e a rede farmacêutica, considerando que existe a necessidade de organizar essas demandas e consequentemente as filas e pedidos dentro das duas. Será que é possível quebrar alguma rotina neste funcionamento? Quais são as regras para acessar esses serviços e redes? Essas regras são possíveis de serem cumpridas pelos usuários em situação de rua que estamos acompanhando?

Confirmado o diagnóstico, a eCR realizará o seguimento dos cuidados para este indivíduo, de maneira articulada com a rede especializada em IST/AIDS, referência para o seu território. A equipe de Consultório na Rua, para muito além do diagnóstico, deverá buscar promover, junto à rede especializada, um seguimento adequado para as condições daquele indivíduo em situação de rua, como a retirada de medicação no serviço, as orientações sobre a tomada do mesmo (e quem sabe armazenamento), o tratamento supervisionado, as consultas programáticas ou não que se façam necessárias, os processos de busca ativa no caso de falta ou abandono do tratamento.



Para atender maior número de pessoas possível, é preciso seguir regras que visam agilizar esse atendimento, organizar as filas de espera e garantir os melhores resultados. Por exemplo, um serviço que atenda usuários soropositivos necessita que eles realizem exames diagnósticos para iniciar o tratamento, seguido de outros exames que poderão indicar qual o melhor tratamento a ser realizado.

Para refletir

A história do Consultório na Rua incorporou em sua prática a baixa expectativa dos profissionais em relação às respostas dos usuários e, a insistência deles em não desistir de um usuário, por mais que ele diga não, por vezes, brigando e mandando o profissional embora.

Mas será que todos os serviços devem possuir a mesma lógica em relação aos nossos usuários? Quais os limites de negociação possíveis entre serviços? Qual o impacto das regras dos demais serviços para nosso trabalho? Quais estratégias sua equipe vem utilizando para potencializar o cuidado junto com a rede?



A eCR necessita conhecer o funcionamento dos serviços antes de encaminhar qualquer usuário, e colocar-se à disposição de oferecer apoio matricial e ser matriciado pelos serviços parceiros.

E como faremos para garantir a tomada de medicação? Se temos usuários com diagnóstico de HIV positivo precisamos estabelecer em nosso processo de trabalho uma rotina de troca de informações entre os serviços para que seja possível entender as lógicas e as rotinas dos atendimentos e para podermos avaliar juntos quais as flexibilizações possíveis e necessárias para o cuidado. Os serviços parceiros precisam entender o funcionamento dos nossos usuários, não é nato o entendimento que temos sobre as pessoas que ocupam as ruas a respeito de moradia, suas rotinas, suas necessidades e prioridades.

E, para além da rede de saúde, é importante que esta equipe também avalie algumas condições sociais, como a presença de documentos e acesso a benefícios de transferência de renda, desejo de acolhimento na rede socioassistencial, realizando esta articulação e apoio na garantia de direitos.

Para refletir

O que você já teve que flexibilizar para que um usuário pudesse receber o cuidado necessário (ou possível)? Quais são os limites da flexibilização na sua eCR? São os mesmos na rua e na unidade? São os mesmos das demais equipes de Atenção Básica? Foram pactuados com as equipes de referência?

Algumas questões sobre as quais a equipe deve refletir para avaliar um acompanhamento: Qual o impacto desses acompanhamentos para as agendas dos profissionais do Consultório na Rua? Ou ainda, que espaço esse acompanhamento ocupa na agenda do Consultório na Rua? Qual profissional deverá acompanhar o indivíduo neste cuidado? Esse profissional irá participar da consulta? Qual o objetivo de estar junto nesta consulta? Ela terá um caráter de consulta compartilhada ou apenas consulta tutelada? O outro serviço aceita que um profissional do Consultório na Rua esteja junto?

Uma solução utilizada pelas eCR é acompanhar o usuário em todas as etapas do atendimento no novo serviço, ou um serviço conhecido pelo usuário, mas que o mesmo se recusa a ir, embora necessite. No entanto, é preciso ter cuidado com essa estratégia, pois a linha entre a tutela e a autonomia é estreita.

“[...] o processo de constituição do sujeito de direitos e deveres se dá de forma ativa, no mundo da vida e de forma tal que transforme tal realidade no reconhecimento, defesa e promoção de seus direitos e deveres em ações permanentes não só do sujeito em si mas fundamentalmente de todos [...]” (TRINO et al., 2015, p. 34).

O cuidado, o acompanhamento do usuário, a flexibilização dos serviços sem a reflexão dos motivos e necessidades envolvidas pode gerar um movimento de tutela ao usuário em detrimento do processo de cuidado e emancipação dele. Em determinados momentos, é inevitável a tutela do usuário pelos profissionais, como em casos de usuários com grave transtorno mental ou com risco de morte. Mas o processo de reflexão deve gerar em torno da ação, do tempo que permanecerá e de qual forma construiremos junto ao usuário o processo de emancipação do seu cuidado.

Um ponto importante para refletirmos é que, em determinados momentos, o usuário pode não apresentar condições para decidir a favor de sua saúde. Vamos pegar como exemplo um usuário em uma crise psicótica, em situação de rua. Neste momento, especificamente, o usuário pode colocar-se em risco ou oferecer risco à outra pessoa e necessita que o profissional faça a contratualidade, assuma a responsabilidade pela saúde deste usuário e decida qual o melhor tratamento para estabilização do quadro, podendo ser o caso de uma internação de curta duração ou de hospitalidade no Caps.

Após a estabilização do quadro, será necessário construir um plano terapêutico de mais longo prazo com esse usuário, levando em consideração questões como: este usuário irá fazer uso regular da medicação? Onde ficará esta medicação? É possível negociar com locais na comunidade ou em equipamentos parceiros do Consultório na Rua?

Deixar de emprestar a contratualidade ao usuário pode ser uma forma de negar o acesso e a possibilidade de formação de cidadãos de direito. Não existe regra pronta ou roteiro para identificar a autonomia de um usuário, o que temos é a escuta e a observação do funcionamento do usuário na cidade e nos serviços que ele já frequenta, buscando entender qual o significado daquele serviço para ele.

O trabalho em equipe e a organização do trabalho

O processo de trabalho do Consultório na Rua é baseado na atuação da equipe. Embora inegáveis os benefícios do trabalho em equipe, há também a delicadeza das relações entre os profissionais que compõem essa equipe que, se não ajustadas entre os trabalhadores, põem em risco

a necessária integralidade do cuidado e reduzem exponencialmente a resolutividade da equipe.

Urge definir critérios, indicadores, limites e papéis que tornem o trabalho da equipe de Consultório na Rua singular o suficiente para que possamos adquirir uma identidade profissional e organizar nossas práticas.

Nas próximas seções abordaremos questões práticas, e menos conceituais, do processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua; discutiremos a importância do conhecimento do perfil dos indivíduos atendidos pela eCR, como se dá cadastro e registro de informações em saúde, bem como o conhecimento do perfil de atendimento da equipe e como os procedimentos e encaminhamentos feitos pela mesma.

Também discutiremos a importância da identificação de ações prioritárias da equipe a partir desta análise dos dados, que reflete as necessidades do território, e a partir daí uma possibilidade de construção de uma agenda, oferecendo ferramentas de trabalho essenciais para esta construção, trazendo conceitos como apoio matricial, reuniões de rede, atividades coletivas, entre outras.

Análise do perfil da população atendida

Um dos elementos mais importantes para a orientação das ações no processo de trabalho das eCR é o reconhecimento e a análise da população atendida. Em que pese dados gerais sobre a PSR, como os apresentados na UAI, possam nos dar uma boa dimensão do “fenômeno rua”, já sabemos que cada território possui sua especificidade.



A observação sistematizada do campo permite o conhecimento desse território pelo profissional. No entanto, quando falamos de trabalho em equipe, cuidado integral e compartilhado, é fundamental que o que foi observado e realizado com cada usuário não fique apenas na vivência do profissional, mas que seja registrado, de forma a contribuir para:

- * continuidade do cuidado aos indivíduos;
- * compartilhamento das condutas entre os profissionais;

- * reconhecimento das demandas do território;
- * apoio clínico;
- * definição de ações prioritárias;
- * desenvolvimento de educação permanente de acordo com as necessidades;
- * melhoria constante do processo de trabalho e dos serviços ofertados, por meio do monitoramento e da avaliação dos dados coletados.

Em nossa vivência no trabalho com diferentes eCR, observamos ser bastante comum que **o registro das informações seja visto como um trabalho meramente formal, burocrático e pouco útil** para o desenvolvimento do seu processo de trabalho.

Mas de onde vem esta ideia de que a informação é meramente formal e pouco útil?

Muitas poderão ser as respostas. Uma delas é o distanciamento que o trabalhador tem no seu dia a dia de trabalho desses sistemas de informação e dos dados gerados por ele. Outra possibilidade é o quanto o trabalhador do Consultório na Rua se vê ou não representado por aqueles dados, ou seja, o quanto a complexidade da rua é mostrada e contada por meio dos relatórios e consolidados.

Diante disso podemos seguir caminhos diferentes, e quem sabe opostos. Podemos nos afastar dos relatórios e das análises dos dados gerados pelo nosso trabalho, criar ferramentas de registro de dados que não dialogam com as que já existem, gerando informações que pouco terão relevância para os processos de gestão e construção de políticas públicas. Ou podemos, ainda, olhar para o que existe, nos debruçar para entender o sistema de informação, compreender suas potencialidades na análise do meu processo de trabalho, criticar seus limites e refletir sobre possíveis mudanças no mesmo, com a gestão local, regional e quem sabe nacional, por meio deste processo formativo.

Você e sua equipe escolheram seguir qual caminho no dia a dia de trabalho? Vocês possuem como rotina do trabalho do Consultório na Rua olhar os dados da equipe de vocês a fim de planejar e desenvolver ações direcionadas para as necessidades identificadas? A equipe onde você está inserido possui espaços de diálogo e tempo para tal ação? Qual é este espaço? Quanto tempo é disponibilizado para tal ação?

O e-SUS, hoje, é o sistema de informação a ser utilizado pelas eCR, por orientação do Ministério da Saúde, embora outros possam ser utilizados para que as equipes conheçam seu perfil populacional e avaliem seu próprio processo de trabalho.

O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2018).



É fundamental que a equipe conheça e utilize variadas ferramentas de leitura do seu território de atuação. Para que a análise dos dados se reflita em mudanças necessárias para o território, é preciso que a coleta e registro destes dados sejam feitos de forma sistematizada.

Para refletir

Qual é o sistema de informação hoje utilizado por sua equipe? Existem dificuldades nos registros das informações? O fato de estar na rua, e não ter acesso diário a um computador e/ou rede de internet, impossibilita ou dificulta o registro dessas informações?

Dentre outras ferramentas, o e-SUS AB possibilita prontuários eletrônicos, que são um dos potentes instrumentos de conhecimento da população, bem como as informações geradas pelas equipes de Abordagens na Rua da Assistência Social Centros Pop/Creas ou Cras do território. Além disso, é um direito do cidadão ter um prontuário com as informações de saúde, histórico de vida, estratégias de cuidado, diagnósticos sociais, de condições de vida, morbidades, conduta e plano terapêutico, entre outros.

Para refletir

O cidadão em situação de rua atendido por sua equipe tem este direito garantido por vocês, tendo seu prontuário registrado dentro dos serviços? Sem prontuário, como é possível construir e acompanhar o Projeto Terapêutico Singular dos indivíduos?

Há muita potencialidade para o cuidado na análise dos dados (se bem registrados) concentrados nos sistemas de informação! Informações registradas nos sistemas potencializam o cuidado local e, ao mesmo tempo, alimentam os debates e construções das políticas públicas.

Por isso, defendemos que as eCR construam, no seu dia a dia de trabalho, espaços para se debruçar sobre os dados que estão produzindo (e que estão sendo produzidos na rede intersetorial). Com isso, podem discutir ações, repensar direções do trabalho, articular cuidado com outros atores, olhar suas necessidades de atuação, bem como seus limites de formação e, conseqüentemente, garantir acesso qualificado, bem como fortalecer a sua **capacidade de resolutividade no cuidado para a população atendida**.

Detalhando registros e análises

Sugerimos, como possibilidades de atenção e não como padrão de atuação, alguns itens a serem constantemente olhados e discutidos pela eCR, e apresentaremos algumas discussões relacionadas a cada um deles.

Cadastro das pessoas na eCR

Olhar o consolidado dos cadastrados da equipe é de extrema importância para entendermos o funcionamento de uma eCR.

Segundo a Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011, uma eCR poderá ter de 80 a 1000 pessoas cadastradas. Cada estado e município, seguindo esta diretriz, deverá adequar o número de cadastros a depender do número de eCR que possui, ou ainda ampliar o seu número de equipes a depender do número de pessoas em situação de rua existentes no território, demanda esta que deverá ser apresentada e discutida com os níveis centrais de gestão.

Ao cadastrar um usuário, a eCR tem a responsabilidade de buscar, na medida das limitações de uma população com características itinerantes/migratórias prover um cuidado longitudinal em saúde para aquele indivíduo. Para produzir esse cuidado, além de construir vínculo, é necessário organizar o processo de trabalho de tal modo que a equipe tenha ofertas para cada uma das necessidades de saúde do usuário, incluindo-o neste processo de cuidado.

Para refletir

Você sabe quantos cadastrados sua equipe possui hoje? O que isto representa no total de pessoas em situação de rua que hoje existe em sua cidade? Qual é o processo de trabalho de uma equipe com 80 pessoas cadastradas, e qual é o processo de trabalho para uma equipe com 1.000 pessoas?

Cadastrar uma pessoa em situação de rua significa rever a todo o tempo quem é o indivíduo considerado “morador de rua”, e apontar mudanças de perfil na rua, falhas e necessidades de mudanças nas políticas de garantia de direitos.

Para além do número de cadastros, a ficha de cadastro do indivíduo em situação de rua possibilita uma maior compreensão da população a ser cuidada. Conhecer o número de indivíduos do sexo masculino ou do sexo feminino, é de fundamental importância para discutirmos condições ou situações que precisam ser olhadas pela equipe. Por exemplo:

- * Se a população que eCR atende é predominantemente masculina, negra e usuária de álcool, precisamos ficar atentos ao fato de

homens terem maior mortalidade por causas violentas (causas externas) do que as mulheres. Sendo assim, a equipe precisa olhar para os processos violentos no dia a dia da rua, e pensar em ferramentas e instrumentos, como por exemplo, discussões coletivas dos pilares da cultura de paz – respeitar toda a vida, rejeitar a violência, ser generoso, ouvir para compreender, entre outros, para lidar com as questões que surgirão na rua dentro da equipe, com a rede. Pensar que as questões de violência não são de fácil e rápida intervenção, e que algumas questões não serão de governabilidade da equipe, por exemplo, a violência gerada pelo tráfico de drogas. Ainda relacionado às questões de gênero, sabe-se que os homens procuram menos os serviços de saúde para seguimento continuado em saúde, exigindo provavelmente que a equipe faça buscas ativas e sensibilizações relacionadas aos cuidados em saúde para este público.

- * Conhecer o perfil de cor dos cadastrados da equipe significa pensar em ações estratégicas para diagnóstico e tratamentos de determinada morbidade mais prevalente naqueles indivíduos. Como exemplo, sabemos que, na população negra, é maior a prevalência para hipertensão. Esses índices são ainda maiores quando associados ao uso de álcool. Assim, a equipe deverá priorizar buscas ativas de hipertensão nas visitas de rua, nos equipamentos da rede socioassistencial e, em toda e qualquer oportunidade de abordagem, deverá discutir questões de redução de danos no uso do álcool, refletir sobre mudanças de estilo de vida possíveis com esta população, na sua condição de vida, entre outros.
- * O número de mulheres a serem atendidas pode ajudar a dimensionar espaço na agenda da equipe para atendimento de gestantes ou para realização de exames de prevenção de câncer de colo uterino, entre várias outras reflexões.
- * Conhecer a faixa etária da população atendida significa, por exemplo, organizar o trabalho da equipe para se debruçar prioritariamente em:
 - atividades relacionadas ao planejamento familiar
 - cuidados relacionados ao climatério/menopausa e andropausa;
 - ações para articular a rede com as instituições e programa de ensino para crianças e adolescentes ou para a população adulta.

Analisar as características e composições familiares dos indivíduos de seu território de abrangência, significa pensar em quais espaços de discussão e articulações serão necessários com a rede socioassistencial e de habitação, por exemplo.

O registro de informações sobre a população cadastrada também nos permite analisar, no tempo, o perfil dos principais agravos naquele território atendido.

Mapeamento dos principais agravos e as ofertas de cuidado

Qual é o perfil de morbidade na população sob a responsabilidade da eCR na qual estou inserido? Como isto vai se refletir nas minhas ações individuais e coletivas? Quais conhecimentos deverei ter ou buscar para o cuidado responsável daquelas condições?

Essas questões nos provocam a refletir sobre as ofertas de cuidado que a eCR está provendo no território em que atua. Essas ofertas de cuidado precisam estar alinhadas/relacionadas às necessidades da população atendida; para serem planejadas, essas ofertas precisam ser baseadas no perfil de morbidades daquele grupo, o que pode ser mapeado pela observação direta no campo e pela análise dos dados disponíveis nos sistemas de informação utilizados.

Vamos ver, a seguir, dois exemplos de ofertas de cuidado que, normalmente, são necessárias à PSR.

Exemplo 1: Alta prevalência de usuários e dependentes de drogas na situação de rua

Pensando numa oferta de cuidado imediato, isto é, que não seja restrita ao encaminhamento do usuário para um CAPs, um caminho possível para a equipe seria:

- identificar instrumentos que possam ser aplicados para conhecer a relação estabelecida pelo sujeito com a droga;
- promover momentos de escuta individual e coletiva para que o indivíduo fale sobre o uso, histórico de consumo da droga, desejos (parar? Diminuir? Continuar pois não vê problema?);
- garantir espaços em qualidade e quantidade suficientes para a realização de anamnese, exame físico, diagnósticos e intervenções relacionadas ao uso da droga;
- utilizar instrumentos que avaliem o desejo de cuidado do usuário para determinada situação (exemplo: Prochaska, entre outras).

Apesar de termos usado o exemplo do uso de drogas e da tuberculose na rua, essas duas situações podem não ser a maior prevalência de agravos no território da sua eCR, e isto só será possível conhecer por meio do estudo e da leitura dos dados gerados pela própria equipe.

Para conhecer alguns instrumentos, como AUDIT, ASSIST e CIWA-AR, visite:

- <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>
- <http://fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/ciwa-ar-criterios-de-gravidade-da-saa.doc>



Para saber mais sobre o instrumento Prochaska, visite o Caderno de Atenção Básica nº 40 (p. 50-52), disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>.

Exemplo 2: Tuberculose

Este é um exemplo significativo na medida em que é sabido que na rua existe alta prevalência de doenças respiratórias, com destaque para o agravamento da tuberculose. Como oferta de cuidado, podemos pensar em:

- identificar as pessoas com tuberculose acompanhadas por sua equipe;
- verificar como está o tratamento supervisionado dessas pessoas;
- monitorar como está a disponibilidade de “potinhos” para coleta de escarro;
- mapear os serviços de sua rede que possuem raio-X para seguimento dos casos;
- promover as articulações necessárias com a rede socioassistencial local para garantia de acolhimento desses pacientes, se for seu desejo.

Para refletir

Quais são as ofertas estruturadas pela eCR em que atuo para atender às necessidades da população de rua pela qual somos responsáveis?

Procedimentos realizados pelas eCR

Olhar o número de procedimentos realizados pela eCR poderá nos dar diversas pistas do processo de trabalho da equipe. Fará refletirmos, por exemplo, sobre qual a resolutividade que a equipe tem em relação ao cuidado do indivíduo acompanhado por ela; se um procedimento é mais realizado pela equipe por ser conhecido por determinado profissional, que se sente seguro para sua realização, ou se é realizado por realmente ser a maior necessidade no território.

O procedimento realizado pela equipe, ou melhor, a organização para a realização do mesmo deverá o tempo todo dialogar com o perfil de cadastrados da equipe. Por exemplo, como é possível dimensionar o número de exames de prevenção de câncer de colo uterino, bem como todo o material utilizado para tal, sem conhecer o perfil das mulheres e suas faixas etárias? Como fazer provisionamento de insumos e vacinas para influenza sem conhecer o número de idosos ou de pessoas com patologias crônicas que se caracterizam como prioridade de vacinação?

A equipe, conhecendo o perfil de procedimentos que realiza, poderá refletir se tem oferta para os diversos ciclos de vida e para as diversas morbidades clínicas mais prevalentes na rua. Alguns exemplos disso são:

- * Como está o número de testagens rápidas para HIV/sífilis e hepatites dentro da equipe já que é sabido da alta prevalência de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) em populações vulneráveis?
- * Como está a oferta de inserção de D.I.U ou métodos de longa permanência, como o implante subdérmico na população feminina atendida pelo Consultório na Rua?
- * Tem sido feito tratamento com penicilina benzetatina na rua? Como esse tratamento poderia modificar as taxas de prevalência de sífilis em gestantes e/ou sífilis congênita na população atendida pela minha eCR?
- * As aferições de pressão arterial e/ou de punção digital para glicemia capilar estão sendo realizadas nas consultas individuais apenas, ou a equipe tem estratégias coletivas de busca ativa de hipertensão arterial e diabetes na rua?
- * Os atendimentos realizados pelos profissionais da equipe estão se dando na rua? Nas instituições socioassistenciais ou dentro da Unidade de Saúde? O que isso significa?

O médico do Consultório na Rua está habilitado e capacitado, como deveria ser para todo e qualquer médico de Atenção Básica, para a realização desses procedimentos?

Quais os cuidados que deveremos ter, na qualidade de equipe, para a realização de aplicação de penicilina fora do serviço de saúde?

Para refletir

Quais procedimentos têm sido priorizados no cuidado que sua equipe oferta? Eles estão alinhados com as necessidades da população atendida? Há outros critérios para realização desses procedimentos, em especial?

Encaminhamentos realizados pela eCR

Além do que a equipe efetivamente desenvolveu (procedimentos), se debruçar nos encaminhamentos realizados é uma excelente oportunidade de discutir potenciais e dificuldades que a equipe vivencia no seu processo de trabalho.

O número elevado de encaminhamentos para determinado serviço ou estrutura de cuidado pode significar uma ausência de conhecimento e/ou formação sobre determinado assunto ou manejo. O número baixo ou inexistente de encaminhamentos para determinado serviço ou rede pode significar a alta potência da equipe na resolutividade e manejo de determinada condição e/ou morbidade ou, inversamente, pode significar o “não-olhar” da equipe para aquela condição e/ou morbidade.

Todos esses exemplos são inferências às possíveis situações do dia a dia de trabalho de uma eCR, que só poderão se confirmadas e/ou negadas pela própria equipe na análise cuidadosa de seu processo de trabalho.

Vamos a dois exemplos para ilustrar a análise de encaminhamentos.

Exemplo 1

Se uma equipe realiza muitos encaminhamentos para o Caps de adultos, pode significar que ela não tenha ferramentas técnicas relacionadas com os cuidados em saúde mental, que não tenha espaços de encontro, matriciamento e cuidado compartilhado com os serviços de saúde mental na rede, o que gera uma insegurança e despreparo dos profissionais nos cuidados em saúde mental de determinados pacientes.

Exemplo 2

Se uma eCR faz muitos encaminhamentos para os serviços especializados em tratamentos de IST/AIDS, pela alta prevalência de pessoas com diagnóstico de AIDS em seu território, mas não consegue realizar o cuidado da medicação, como controle de dispensação, armazenamento, orientação e monitoramento da administração, talvez necessite de uma capacitação sobre a temática ou alinhamento de fluxos com esses serviços. Talvez haja a necessidade de discutir com a gestão e com os serviços, que em algumas regiões não está descentralizado, como ele pode se adequar para atendimento da dinâmica da rua. Ou, ainda, a equipe pode refletir que a distribuição de preservativos nas visitas de rua não poderá ser a única estratégia de cuidado relacionada com os cuidados das ISTs.

Para refletir

Como tem sido realizado o encaminhamento de casos na equipe em que você atua? Qual o volume desses encaminhamentos? Você e sua equipe já identificaram os serviços que vocês mais fazem encaminhamentos? Vocês possuem uma rotina de encontros com esses serviços? Os encaminhamentos realizados apresentam resolutividade? Sua equipe realizou ou poderia ter realizado alguma ação antes desses encaminhamentos?

Identificação de ações prioritárias

A tríade perfil populacional, demanda da população atendida e capacidade da equipe e rede deve estar alinhada para que seja possível alinhar as prioridades da equipe.

A clínica da rua não pode ser a clínica do improviso, a clínica do “vamos ver o que faremos hoje”. Apesar de a rua exigir flexibilidade e práticas criativas no cuidado das pessoas, ela exige o mesmo compromisso com a técnica e com a ciência que os atendimentos em qualquer outro espaço.

A clínica da rua exige uma ação planejada, o que é possível estabelecer, apesar dos imprevistos e atravessamentos da rua.

Partimos do princípio de análise da equipe. Já trabalhamos utilização dos prontuários eletrônicos para delimitação do perfil da população atendida, após essa etapa, identificamos quais as principais demandas de saúde este perfil populacional apresenta.

Agora, vamos para o próximo passo. Quais serviços são ofertados por você e sua equipe? Essas ofertas atendem as duas questões que analisamos acima? Dificilmente uma equipe consegue atender a toda demanda trazida pelas pessoas em situação de rua. E isso ocorre porque a população em situação de rua, como já citamos inúmeras vezes, traz questões para além do cuidado em saúde. Mas vamos analisar o que ofertamos em relação a saúde da população e quais as questões ficam fora deste limite. Quais os motivos de não ofertarmos este serviço? São motivos de falta de profissionais ou de local adequado? É necessária capacitação específica? São serviços já ofertados por outros pontos da rede? Se sim, este serviço pode ser acionado pela equipe e pelo usuário? Como está sendo realizado este alinhamento da oferta do serviço? É possível que a equipe venha a ofertar este serviço em algum outro momento?

De maneira mais sintética, o estabelecimento de prioridades se dará a partir da análise das necessidades da população, da capacidade de oferta da equipe e das possibilidades da rede intra e intersetorial.

Como exemplos, o quadro que apresentamos a seguir é uma sugestão geral de ações prioritárias de uma eCR, devendo as mesmas serem avaliadas e discutidas pelas equipes ao longo de seu processo de trabalho, em diálogo contínuo com os dados e informações do perfil de cuidado daquela equipe.

Quadro 1 – Exemplos de ações prioritárias para uma eCR

Prioridades	Estratégias de cuidado/pontos de atenção
Ações relacionadas aos diversos ciclos de vida, com mais ou menos ações para determinado ciclo de vida, a depender da maior ou menor existência deste.	Na UAIII, vamos ter a oportunidade de aprofundar formas de cuidar de diferentes condições na rua, mas, para dar um exemplo já nesse momento em que estamos discutindo prioridades, apontamos algumas ações prioritárias para dois grupos: 1. Crianças e adolescentes em situação de rua Aproximações e discussões com o núcleo familiar das crianças e adolescentes em situação de rua no território em que você atua, não tendo como único objetivo o retorno familiar, permitem o conhecimento das fragilidades daquela unidade familiar e oferecem elementos que podem potencializar o cuidado. Na lógica do conceito ampliado de saúde de um cuidado integral, é prioritário que a rede de proteção e cuidado desta população seja conhecida e articulada pela eCR. Exemplos de componentes dessa rede são os serviços socioassistenciais da rede formal e informal e de garantia de direitos de crianças e adolescentes (educação, assistência social, habitação, entre outros) existentes no território. 2. Mulheres em situação de rua É prioritário que a eCR desenvolva ações de rastreamento e diagnóstico para câncer de colo uterino e câncer de mama, com coletas sistemáticas de colpocitologia oncótica e solicitação de mamografia. Além disso, também é prioritário desenvolver ações de planejamento familiar para essas mulheres, de maneira compartilhada com seus companheiros, e realizar o pré-natal das gestantes. É prioritário também fazer o acompanhamento do período de climatério e menopausa, com ofertas de cuidado que aliviem sintomatologia indesejada nesta fase, bem como promover exames específicos para a faixa etária, como a densitometria óssea.
Ações relacionadas ao cuidado nas diversas condições de saúde.	Algumas morbidades são já identificadas como bastante prevalentes entre a população em situação de rua. Alguns exemplos são: • IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis. • Doenças respiratórias, com destaque para a tuberculose e outras pneumopatias. • Transtornos mentais relacionados com substâncias psicoativas. • Transtornos mentais leves, moderados e severos. • Cuidados com o “deambular” das pessoas em situação de rua (cuidados com os pés, pós operatórios de cirurgias ortopédicas, pós operatórios, pós atropelamentos). • Cuidado com as doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes. O manejo dessas morbidades prioritárias deverá seguir protocolos clínicos e diretrizes técnicas existentes.

Em termos de organização da equipe, é necessário que ela esteja preparada para realização de pré natal de qualidade, que atenda às necessidades e especificidades de uma gestante que fica nas ruas. Exemplos de ações a serem realizadas, neste caso, são a coleta de exames de pré-natal no seu local de “moradia” (no caso de não desejo/impossibilidade de ida até a unidade básica de saúde), exames de ultrassonografia obstétrica (USG) em livre demanda nos serviços de referência e planejamento de ações estratégicas para garantir a continuidade do acompanhamento pré-natal.

Quais os protocolos e diretrizes a eCR que você trabalha utiliza para fazer a “Clínica da Rua”?

O Anexo B fala um pouco sobre Prevenção quaternária e saúde baseada em evidências que pode ajudar a refletir sobre protocolos.

Prioridades	Estratégias de cuidado/pontos de atenção
As ações de alcance individual e coletivo .	São ações prioritárias consultas, atendimentos e abordagens individuais nas ruas, nos serviços da rede intersetorial, e nas Unidades Básicas de Saúde, bem como ações coletivas nas ruas, nos serviços da rede intersetorial, e nas Unidades Básicas de Saúde.
As ações de promoção da saúde, prevenção em saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde .	Importante destacar que as eCR deverão desenvolver, como toda equipe de Atenção Básica da rede: • Ações de promoção da saúde, como grupos educativos e de orientação em saúde, atividade laboral para trabalhadores carroceiros em situação de rua, incentivo à atividade física. • Atividades de prevenção, como vacinação, incentivo ao uso de preservativo masculino e feminino, entre outros. • Atividades de rastreamento e diagnóstico precoce de doenças, como coleta de exame colpocitológico, testagem sorológica para HIV e outras IST, encaminhamentos a mamografias de rastreamento, busca ativa de hipertensos e diabéticos, entre outros. • Atividades de tratamento, com manejo clínico, laboratorial e medicamentoso dos hipertensos, diabéticos, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras pneumopatias, infecções de pele, entre outros. • As eCR também deverão realizar atividades de reabilitação física e psicossocial, como o fomento à inserção em espaços de socialização, no mercado de trabalho e na vida escolar.
As ações que abrangem cuidados exclusivo da equipe e cuidados compartilhados com a rede de saúde .	Atividades de matriciamento, encontros de rede, discussão de caso, fóruns e outras estratégias necessárias para o cuidado em saúde dos indivíduos e famílias acompanhados pela equipe são parte de seu processo de trabalho e é importante que assumam caráter prioritário. Para garantia de cuidado integral das pessoas em situação de rua, é necessária a aproximação com os serviços da rede de urgência e emergência, bem como o serviço móvel de urgência (SAMU), serviços da rede especializada em saúde mental, serviços da rede especializada em IST/AIDS, serviços da rede especializada na pessoa com deficiência (Acompanhante da Pessoa com Deficiência, CER – Centros de Especializados em Reabilitação, entre outros). Há também programas que podem ser um suporte no cuidado às pessoas em situação de rua, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), o Programa de Acompanhante de Idoso (PAI), Programa Melhor em Casa, Programa de Auto-Monitoramento Glicêmico, Programa de Oferta de Fraldas, Programa de Acesso a dietas enterais na rede pública, entre outros.

Prioridades	Estratégias de cuidado/pontos de atenção
As ações que abrangem cuidados exclusivo da equipe e cuidados compartilhados com a rede intersetorial .	As eCR podem potencializar muito o cuidado ofertado e a resolutividade das suas ações se trabalharem integradas com a rede intersetorial de cuidados, como: • Serviços da assistência social dos territórios – equipes de Abordagem de Rua, Centros POP, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Creas), Centros de Referência em Assistência Social (Cras), entre outros. • Serviços da rede de educação como as escolas da região, grupos de alfabetização de jovens e adultos, locais da rede informal de educação, Centros de Complementação escolar do território, entre outras. • Serviços da rede do sistema do poder judiciário, como a Defensoria Pública do Estado e Defensoria Pública da União, Promotoria Pública, grupos de atendimentos jurídicos da região, balcão de direitos humanos, entre outros. • Serviços da rede de habitação, como grupos e serviços que discutam a inserção da População de Rua em moradias populares, programas de bolsa aluguel, entre outros. • Serviços e espaços de arte e cultura, como museus, parques, centros de cidadania, concertos, shows, musicais, cinema e teatro a fim de garantir o acesso das pessoas em situação de rua nestes espaços. • Espaços de discussão e luta por questões relacionadas com a população de rua como fóruns Pop Rua, Comitê Intersectorial das Políticas para a População em Situação de Rua, entre outros espaços a serem identificados pela equipe.

Para refletir

Como sua equipe vem definindo as ações prioritárias a serem realizadas no território? Que critérios têm sido considerados para essa definição? Há planejamento baseado em dados ou a decisão é baseada apenas na observação do campo?

Ferramentas de trabalho

Como dispositivo da Atenção Básica, o trabalho do Consultório na Rua contempla algumas ações necessárias à oferta de cuidado, tais como:

- * matriciamento das equipes;
- * articulação/acionamento da rede intra e intersectorial;
- * condução de atividades em grupo/coletivas;
- * “visitas de rua” (uma versão da “visita domiciliar”), compartilhadas ou não;

- * atendimentos na UBS
- * estratificação de risco

Neste item, apresentaremos algumas das ferramentas que poderão auxiliar as eCR na realização dessas ações e a conduzir o trabalho no seu dia a dia.

Construção de agenda

Com base na observação de campo e nos dados obtidos dos sistemas de informação e outros de natureza epidemiológica, uma eCR pode identificar ações prioritárias para o seu território; de posse dessas informações e considerando o necessário planejamento para produção do cuidado à PSR atendida, a construção de uma agenda é uma ferramenta de grande auxílio na organização do processo de trabalho da equipe.

Trazemos a seguir alguns elementos que devem ser considerados quando da construção da agenda pela equipe. Não temos por objetivo propor uma agenda rígida e/ou padrão para toda eCR e nem recomendamos que assim seja feito em qualquer equipe dessas.



Importante que a frequência e o formato de utilização das ferramentas seja discutida e avaliada por cada equipe a partir de suas necessidades locais.

A primeira coisa que precisamos dizer sobre construção de agenda é que toda e qualquer proposta de agenda deverá ser construída a partir das necessidades da população e das potencialidades da equipe que a atende e da rede local. Preferencialmente, deverá ser construída por toda a equipe, em espaços de discussão, de maneira democrática.

Toda agenda do Consultório na Rua deve ter uma periodicidade pactuada entre a equipe. As agendas semanais, em nossa percepção, facilitam para o usuário. Por exemplo, o usuário sabe que toda segunda, terça e sexta à tarde a equipe estará na rua. Dias de semana também facilitam atividades de frequência quinzenais que se alternam, assim como as mensais. Por exemplo, assembleia toda primeira sexta-feira do mês. Dependendo da capacidade de organização da equipe, as agendas podem ser construídas quinzenal ou mensalmente também; em qualquer das escolhas, deverá ser avaliada e reavaliada constantemente a fim de não engessar os processos de trabalho, tornando-a sempre adequada às mudanças constantes nos territórios de referência e atuação da equipe.

Esta construção se constitui um enorme desafio para as eCR, pois a cada atendimento de um indivíduo em situação de rua, temos à nossa frente diversas necessidades, desde as necessidades humanas básicas, como espaço e cuidados no comer e dormir, até dimensões complexas

Esta construção compartilhada com todos ajudará aquele profissional “acostumado” ou com experiência prévia de construção e utilização de agendas apenas de acordo com alguns ciclos de vida (ex.: consulta de puericultura e de gestantes) ou patologias mais prevalentes no perfil epidemiológico geral da população (ex.: consulta de hipertensão e diabetes), ou, ainda, profissionais com experiência de trabalhar a partir de uma agenda construída por terceiros (ex.: gestor da unidade, sem diálogo com o trabalhador) a olhar com mais atenção para o seu território, adequando sua agenda às reais necessidades dos indivíduos sob sua responsabilidade.

de cuidado nas relações pessoais e familiares e relações com o uso da cidade – essas situações que usualmente não estão na agenda dos profissionais que não trabalham com a rua, e/ou que ainda trabalham no modelo biomédico, centrado na doença.

O tempo da rua e da vinculação com este indivíduo deverá receber atenção especial e contínua nesta construção. Dito de outra forma, as agendas se diferenciarão a depender do momento de atuação desta equipe no território. Por exemplo, a agenda e distribuição de atividades de uma equipe que está sendo implantada no território não é igual à de uma equipe que já está no território há dois anos; a agenda de uma equipe que teve uma mudança recente de muitos de seus profissionais não é a mesma de uma que mantém sua composição há alguns meses, entre outras avaliações e olhares.

Além disso, sabemos que cada eCR tem uma carga horária e horário de funcionamento, o que impacta nesse planejamento. Por fim, é importante frisar também que a definição das ações na construção da agenda deve considerar as mudanças de dinâmica da rua ao longo do dia, bem como o funcionamento, horário de abertura e fechamento dos mais variados serviços da rede.

Para refletir

Sua equipe tem planejado as ações no território e na UBS na forma de uma agenda? Como tem sido essa construção? Ela é democrática? Tem considerado os elementos abordados neste texto? Como tais elementos poderiam contribuir para a organização do processo de trabalho da eCR em que você atua?

Considerando o planejamento feito, o horário de trabalho da sua eCR se adequa à dinâmica das ruas e da UBS de referência? Como é trabalhar no Consultório na Rua no período noturno, quando os serviços de Atenção Básica estão fechados?

Em linhas bem gerais, apresentamos a seguir uma **proposta ampla** de agenda, para ajudá-lo a iniciar uma discussão sobre essa ferramenta com sua eCR, respeitando o espaço de cada **profissional para avaliar suas características e necessidades a fim de garantir o cuidado da população sob a sua responsabilidade, no que tange às especificidades de sua categoria profissional.**

Quadro 2 – Proposta geral de atividades para compor a agenda mensal de uma eCR

Atividade
Reunião equipe
Reunião de rede
Reunião de matriciamento
Reunião de educação permanente
Visitas, atendimentos e consultas individuais na rua
Visitas, atendimentos e consultas individuais na UBS
Visitas, atendimentos e consultas individuais nos equipamentos da Rede de Saúde Intersectorial
Atividades coletivas terapêuticas e de promoção/orientação em saúde na UBS
Atividades coletivas terapêuticas e de promoção/orientação em na rua
Atividades coletivas terapêuticas e de promoção/orientação em Equipamentos da Rede de Saúde e Intersectorial

Reunião de equipe

A reunião de equipe é uma estratégia bastante simples e dentro da governabilidade da equipe para melhoria da organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, do cuidado. São objetivos dessa reunião:

- * Informar;
- * Esclarecer;
- * Promover reflexões sobre o processo de trabalho;
- * Resolver um problema;
- * Decidir;
- * Esclarecer e definir papéis e responsabilidades.

A seguir, apresentamos uma sugestão de roteiro para organizar uma reunião de equipe.

Reunião de equipe

Periodicidade e tempo sugeridos

Semanal, com 2 horas de duração.

Sugestão de momentos para compor uma reunião de equipe

- **Informes (até 20 minutos)**

Momento de compartilhamento de informações que precisam ser conhecidas por todos os membros da equipe. São informações breves, de comunicação fácil e que não tragam necessidade de discussões sobre o tema (por exemplo: eventos que irão acontecer no território, uma formação que esteja sendo oferecida, questões administrativas, entre outros).

- **Pautas (até 1 hora)**

A fim de organizar a dinâmica da reunião, é importante que as pautas sejam apontadas pela equipe ao longo da semana anterior à reunião (como estratégia, pode-se colocar uma folha de papel em um mural comum à equipe, onde os trabalhadores podem ir registrando suas sugestões).

A pauta é um tema comum a toda a equipe que merecerá uma dedicação maior de tempo para ser discutido entre os trabalhadores (ex.: construção da agenda, relação com os demais serviços da rede).

As pautas que vão compor a reunião de equipe têm de passar por uma breve discussão de prioridade entre os trabalhadores (no máximo 5 min), para decidir quais são as sugestões mais importantes para aquela semana. Sugere-se no máximo três pautas por reunião (aproximadamente 20 min para cada pauta).

- **Discussão/estudo de casos (até 1 hora) – intervalo quinzenal**

A discussão de caso tem a função de ampliar as visões sobre o caso, aumentando assim a resolutividade da equipe para com o usuário, além de ampliar também a capacidade de resposta de equipe para casos futuros.

- **Educação Permanente (até 1 hora) – intervalo quinzenal**

Pautado especialmente por temas que tenham surgido a partir dos casos discutidos pela equipe, este momento é para a discussão e acúmulo de habilidades e competências sobre uma determinada temática (ex.: manejo de casos com questões sobre álcool e outras drogas; procedimentos específicos da enfermagem, ou da medicina; estudo e construção de indicadores de saúde da equipe; benefícios de prestação continuada, ou outros benefícios possíveis aos usuários; utilização e valor de uso dos sistemas de informação, estratégias de acompanhamento e avaliação das ações, construção de indicadores de saúde, entre outros exemplos).

Na UAIII, propomos um modelo para construção de caso que pode auxiliar na discussão de um caso durante a reunião de equipe.

Além de espaços potentes de autocuidado, as reuniões de equipe (assim como as de rede) também são muito potentes para a resolução de problemas. Para isso, inicialmente necessitamos identificar quais são os problemas, quais deles são prioritários, quais podem ser resolvidos por nós e quais teremos que desenvolver outras formas para lidar. Precisaremos o tempo todo nos questionar sobre o que significa “resolver” o problema de alguém que esteja em situação de rua, qual o olhar e expectativa da sociedade sobre isso, o que a gestão espera da eCR nesse caso, e o que isso significa para o usuário acompanhado pela equipe.

Neste sentido, propomos aqui algumas reflexões a serem realizadas pela equipe em uma reunião:

- * Que problemas a equipe conseguiu resolver e como?
- * Que problemas a equipe vem destacando como importantes de serem resolvidos?
- * Quais as mudanças necessárias para as resoluções de problemas dentro de sua equipe? Elas perpassam necessidades de modificação nas atitudes da equipe ou necessitam de negociações com outros serviços da rede?
- * O que nesse problema dizia respeito à relação da equipe com o(s) usuário(s) acompanhado? Como foi produzida a resolução do conflito?
- * De que maneira este processo afetou o trabalho da equipe? De que maneira este processo afetou as relações entre os membros da equipe?
- * Quais são os espaços que hoje existem dentro do processo de trabalho de sua equipe para falar sobre isto?

Matriciamento ou apoio matricial

O apoio matricial pode ser definido como um novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (CAMPOS, 1999). É um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado da equipe de referência.

Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção, quando isso for necessário, ela pode pedir apoio para lidar com os casos com os quais sente dificuldade ou tem limitações (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011).



Não existe um momento para matricular e outro momento para ser matriciado: esses processos são concomitantes concomitantemente em todos os encontros entre equipes e serviços, e possuem uma enorme potência e função no que se refere ao aumento da resolutividade e manejo da complexidade da rua. A eCR, conhecedora da rua, dos seus usuários, de seus modos de viver, da clínica ampliada deste indivíduo e de sua família, e da rede, tem muito a contribuir no apoio matricial aos demais serviços, que acolhem e atendem eventualmente pessoas em situação de rua.

No caso das eCR, o apoio matricial seguirá sempre a via de mão dupla. De um lado, as eCR receberão apoio matricial de outras equipes, como os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Especializados de IST/AIDS, ambulatórios de especialidades, entre outros, incorporando saberes e discutindo técnicas e manejos específicos destes serviços e equipes no dia a dia do trabalho com a rua. De outro, realizarão apoio matricial aos serviços já citados e a outros pontos da rede de Atenção à Saúde, como os serviços de urgência e emergência e serviços hospitalares, no que se refere à compreensão da dinâmica e “clínica da rua”.

Ações de matriciamento têm por objetivo sensibilizar e habilitar os parceiros da rede para que o atendimento da população em situação de rua não seja realizado somente pela eCR, mas sim ofertado em parceria, pois quase sempre as questões levantadas pela rua são extremamente complexas e serão mais facilmente atendidas de forma compartilhada.

As ações matriciais (compartilhamento de casos e conhecimentos), além de ofertar maior diversidade de olhares para as questões da rua (casos, território e construção da rede), podem proporcionar também maior envolvimento de todos os implicados (usuários, equipes e serviços); no entanto, a função primordial do matriciamento é ampliar as competências e conhecimentos dos envolvidos para lidar com as questões epidemiológicas, culturais, clínicas, relacionais e éticas que a rua traz.

As equipes e serviços locais têm de se sentir capazes de escutar, acolher, reconhecer parceiros e compartilhar as demandas da população em situação de rua. É aí que o matriciamento entra, possibilitando que um conjunto de ações e ofertas seja proposto a partir do reconhecimento por todos (usuários, equipes e serviços) dos problemas e da construção de respostas conjuntas e mais eficazes.

Considerando sua relação com a população atendida e o conhecimento de suas características e especificidades, bem como a necessidade de apoio para lidar com a complexidade da rua, as eCR têm lugar de destaque no fomento a esses movimentos de sensibilização e qualificação da rede local.

Nesse sentido, é potente que as ações compartilhadas e as ofertas pedagógicas das eCR junto às demais equipes e serviços do território tenham um espaço privilegiado na agenda, pois podem contribuir para facilitar o acesso e para a qualidade dos serviços prestados à população em situação de rua.

Construindo uma reunião de matriciamento

A reunião de matriciamento tem no Projeto Terapêutico Singular (PTS) seu fio condutor. Construir, discutir e monitorar PTS não são os únicos objetivos de uma reunião de matriciamento, porém a estruturação de sua metodologia (diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades e; reavaliação: momento) pode contribuir para solidificar a cultura de gestão de casos tão cara aos espaços que pretendem organizar a clínica e o serviço.

De um modo geral, podemos pensar em duas situações para que um caso seja elegível à construção de um PTS.

- **Casos muito complexos e singulares**

Vão envolver, necessariamente, maior conjunto de saberes, profissionais, parcerias e arranjos institucionais para conseguir aumentar a resolutividade das equipes envolvidas (eCR, ESF, Caps, Centro Pop, Nasf-AB, abrigos), na construção de um plano de cuidado.

- **Casos mais prevalentes no dia a dia das equipes**

Casos que aconteçam com frequência e que ocupem a agenda das equipes sem que orientações mais gerais tenham sido construídas para o seu manejo.

Para as duas situações, o objetivo é acumular, numa construção coletiva de conhecimento, novos elementos de análise dos casos e novas ferramentas para utilizar em casos semelhantes no futuro, além, é claro, de construir propostas terapêuticas eficazes e resolutivas para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Uma forma bastante concreta da eCR se colocar neste lugar de ativadora da rede local para as questões da população em situação de rua é através das reuniões de matriciamento.

Dentre os pontos importantes na **construção de uma reunião de matriciamento**, destacamos os elementos a seguir:

- Sugerimos que as reuniões de matriciamento tenham frequência quinzenal, com duração de duas horas.
- A eCR assume, inicialmente, o protagonismo de “puxar” essas reuniões (enviar os e-mails de convite, articular o local da reunião, telefonar para confirmar a participação dos parceiros e ter função ativa na condução da reunião). Posteriormente, esse protagonismo pode ser compartilhado com os demais parceiros.



- A participação na reunião de matriciamento fica condicionada ao trabalho com a população em situação de rua, isto significa que quem fizer parte da reunião tem interesse direto em qualificar suas intervenções junto à PSR e por consequência se envolver na construção e no compartilhamento das propostas de trabalho.

Dentre as diversas **estratégias de estruturar uma reunião de matriciamento** sugerimos alguns temas/processos, conforme os apresentados a seguir.

- **Discussão de casos**

- Apresentação de casos novos pelas eCR, equipes de AB, Centro Pop, abordagem social dos CREAS, dos CAPS, abrigamentos institucionais e demais instituições locais. Para o período de duas horas, é indicado discutir, no máximo, dois casos novos.

- Devolutivas das ações e intervenções combinadas na reunião de matriciamento anterior. As devolutivas devem ser breves tendo por objetivo o monitoramento das ações e possíveis correções e ajustes nas propostas. Para o período de duas horas, é indicado discutir, no máximo, três devolutivas de casos.

- **Diagnóstico das necessidades e demandas e possíveis ofertas da eCR**

- Apresentação e discussão de dados referentes à PSR do território, com o intuito de oferecer informações de fácil comunicação e que possam ser compartilhados entre todos os participantes da reunião. Esses dados podem informar e orientar as agendas das equipes e as agendas coletivas do território.

- Situações observadas pela eCR na atuação das demais equipes e serviços do território, as quais possam ser trazidas para a reunião como estratégia de ilustrar necessidades da rede em ser qualificada, como, por exemplo, no que se refere à condução compartilhada de casos de TB, HIV/AIDS, álcool e outras drogas, a concessão de benefícios sociais, entre outros. Salientamos que essas observações sobre o funcionamento das demais ofertas locais para a PSR devem ser abordadas pela eCR de forma propositiva, ou seja, a eCR pode trazer as questões por ela percebidas e que podem contribuir para o debate no grupo. Exemplo: “temos observado que o cuidado à TB tem sido difícil. Podemos ajudar trazendo características deste cuidado na próxima reunião. O que o grupo acha?”

- **Elaboração de propostas conjuntas entre as equipes e serviços:**

- Construção de planos de ação conjuntos entre as equipes do território para lidar com as necessidades e problemas percebidos.

- Propostas de atividades coletivas específicas da eCR com as demais equipes locais.



- Propostas de outras ações de educação permanente (por exemplo: temas surgidos a partir das discussões de caso).

- **Ações de monitoramento:**

- Registro das atividades (memória das reuniões de matriciamento), dos participantes e das pactuações realizadas, permitindo monitorar e avaliar o processo de trabalho entre as equipes.

- Discussão e avaliação sobre a evolução dos casos acompanhados pela eCR e pelas demais equipes locais.

De todos os elementos listados como estruturantes da reunião de matriciamento, sugerimos que a discussão de casos, por incorporar fortemente o elemento pedagógico e as ações de monitoramento, por dar “consequência” e continuidade ao trabalho do grupo, devam ter um espaço privilegiado na agenda da reunião de matriciamento.

Para refletir

Como tem se dado o matriciamento com sua equipe? Há reuniões específicas? Os casos são compartilhados? Se não, por quê?

Reunião de rede

Outra ferramenta muito utilizada do processo de trabalho das eCR são as reuniões de rede, que podem ser entre a rede da saúde ou a intersetorial.

As reuniões de rede podem ter por objetivos:

- * Apresentar e discutir o trabalho do Consultório na Rua.
- * Conhecer serviços e processos de trabalho.
- * Realizar discussão de casos a fim de adequar e melhorar os cuidados a um indivíduo, família e/ou situação.
- * Alinhar processos de trabalho compartilhados.
- * Construir projetos de cuidado compartilhado (Projetos Terapêuticos Singulares).

No início das atividades da equipe de Consultório na Rua, é recomendado que a equipe, junto com gestão municipal ou local, promova movimentos de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar desta equipe, con-

siderando inclusive que a maioria dos profissionais não é formada para atuar junto à população em situação de rua.

Recomenda-se que seja realizado contato com as instituições (públicas, privadas e filantrópicas) existentes no território para provocar movimento de aproximação e entendimento sobre o modo de operar da equipe, possibilitando assim, a sensibilização destes para aderir à proposta da reunião.

Nessas reuniões iniciais com a rede, os temas a serem trabalhados podem variar de acordo com as características regionais e as experiências já vivenciadas em cada local, podendo englobar, por exemplo: um cardápio de ações que podem ser desenvolvidas pelo Consultório na Rua (compartilhadas com as equipes de AB e com as demais equipes e serviços do território, e a inserção do Consultório na Rua em ações de rotina das demais equipes e serviços).

Na sequência do trabalho do Consultório na Rua, continuará sendo necessário reafirmar este processo de alinhamento das expectativas de todos em relação à missão, aos objetivos e as ações do Consultório na Rua. Assim, serão necessárias novas pactuações, promovendo o desenvolvimento do trabalho compartilhado e em constante construção de parceria entre o Consultório na Rua e as equipes e serviços do território. São considerados espaços para essa ação de apresentação do Consultório na Rua:

- * Rodas de conversa entre profissionais do Consultório na Rua, as equipes de AB e as demais equipes e serviços locais.
- * Reuniões de matriciamento, ou compartilhamento de conhecimentos.
- * Reuniões gerais da UBS.
- * Fóruns temáticos.
- * Reuniões de profissões específicas.
- * Momentos em ações cotidianas realizadas de forma compartilhada com os profissionais das equipes de AB e outras equipes e serviços locais; atendimentos conjuntos; ações no território; entre outras.
- * Ou qualquer outro espaço já existente no território.

A frequência desses encontros deverá se dar a partir das necessidades daquele território e equipe, no momento de implantação da eCR, ou de abertura de novos serviços da rede intersetorial, entre outros.

Construindo uma reunião com a rede

De um modo geral, as reuniões com a rede têm os mesmos momentos que as reuniões de equipe.

Momentos e duração (sugestão)

Periodicidade e tempo sugeridos: quinzenal, com 3 horas de duração

1º Informes (até 30 min)

2º Pautas (até 1h)

Discussão/estudo de casos (até 1h30) – mensal (**alternando a cada reunião com Educação Permanente**).

Educação Permanente (até 1h30) – mensal (**alternando a cada reunião com Discussão/estudo de caso**).

Para refletir

No momento da implantação da sua equipe, foram realizadas reuniões de rede? Se não, por quê?

E agora, essas reuniões têm acontecido? Como elas têm contribuído para a resolutividade do cuidado ofertado pela eCR?

Se não, a gestão poderia ser mobilizada para auxiliar a articulação entre os diferentes serviços? Como a sua eCR pode contribuir?

Atividades coletivas

As atividades coletivas são importantes ferramentas na construção de relações interpessoais. Para as pessoas que vivem na rua, podem representar um espaço de fortalecimento de vínculos e laços afetivos entre as pessoas em situação de rua e o profissional do Consultório na Rua, mas também entre as pessoas que vivem e convivem na rua. Representam um espaço de troca de saberes, construção de aprendizagem e empoderamento do usuário e, de maneira mais abrangente, representam um espaço de cuidado integral para quem vive nas ruas. Esta atividade poderá ser realizada nos Serviços de Saúde, nos Serviços da Assistência Social, ou ainda no espaço da rua, representando uma grande oportunidade de encontro com a dinâmica da rua e de reconhecimento do “território rua” como espaço coletivo de relações e afetos.

Um material muito rico para discussão sobre trabalho com grupos na Atenção Básica é o Caderno de Atenção Básica (CAB), nº 39 (BRASIL, 2016), onde você encontrará uma discussão geral sobre o trabalho com grupos, algumas dificuldades, tipos de grupos que podem ser realizados e alguns fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo.

Recomendamos fortemente que você faça, neste ponto do seu estudo, a leitura das páginas 67 a 73 do CAB n. 39, disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf e no **Anexo C – Transcrição do Caderno de Atenção Básica n. 39, p. 67 a 72.**

Após a leitura, podemos fazer algumas apropriações para o trabalho das eCR com grupos.

- * **Grupos abertos de acolhimento** podem ser realizados, por exemplo, dentro de um serviço da rede socioassistencial, com pessoas recém-chegadas no local, podendo ter por objetivo apresentar o trabalho do Consultório na Rua naquele local.
- * **Oficinas temáticas** podem abordar questões como geração de renda, artesanato.
- * **Grupo de educação em saúde** para discutir temas como promoção em saúde, orientação sobre alimentação, uso de álcool e tabaco, atividade física, prevenção primária de doenças como imunização, uso de preservativos.
- * **Atividades laborais** com carroceiros em situação de rua, a fim de orientar sobre importância dos alongamentos, orientação postural no trabalho, importância de exercícios de aquecimento no início e final da jornada de trabalho, entre outros.
- * **Grupos de medicação**, para auxiliar o controle e manejo de algumas condições situações clínicas, como por exemplo, hipertensão, diabetes, tuberculose, transtornos mentais, entre outros, considerando as especificidades da rua (ex.: estratégias para tomada de medicação nos horários etc.).
- * **Grupos terapêuticos**, com pessoas em situação de rua nas UBS, nos equipamentos da rede socioassistencial e (por que não?) no espaço da rua.

É importante resgatar, nesse momento, que o trabalho em grupos, tanto quanto os atendimentos individuais dos usuários das eCR, deve se pautar pela lógica da Redução de Danos como ética do cuidado, como já mencionamos na UAI e no início desta UAI.

Para refletir

Como tem sido o trabalho com grupos na sua eCR? Você avalia que a frequência é adequada? Se não, por que motivo? Que tipo de grupo é mais realizado por sua equipe? Como você avalia os resultados obtidos, considerando o cuidado ofertado, a produção de vínculo e a adesão a tratamentos?

A visita de rua

Para as equipes de Consultório na Rua, apesar de não termos o domicílio como usualmente entendemos (uma acomodação privada, protegida e com uma “chave” ou “porta” para o seu acesso), temos o espaço “virtual” ou mesmo físico (delimitado com tapetes, papelão, plantas, sapatos, malas, vasos, tijolos, fitas, entre outros) do domicílio “Rua”. Devemos ter, nesse espaço, o mesmo respeito aos valores sociais e culturais que a assistência domiciliar de outras equipes de Atenção Básica.

Realizar uma visita de rua e na rua é estar verdadeiramente com o usuário objeto de cuidado das eCR, é estar dentro do seu espaço de cuidado e de vida, é poder observar seu cotidiano, avaliar contextos de vida, suas dinâmicas de relações, conhecer sua família, seus “vizinhos” e rede de suporte e recursos.

Sabemos que esta entrada no domicílio rua é acompanhada por várias adversidades, desde a chegada até o local (que poderá ser uma rua qualquer, uma praça, um viaduto, um buraco, o encanamento de esgoto, um cemitério, um terreno abandonado, entre outros) até aquelas relacionadas aos desafios que as pessoas em situação de rua enfrentam, como por exemplo as variações climáticas (sol, chuva, vento), a violência (como “rapa”, as brigas, os xingamentos de outras pessoas, em situação de rua ou não), entre outras. Mas é importante destacar que as eCR também identificam nessas visitas de rua as potencialidades nas relações da rua: afeto, relações carinhosas de amizade e companheirismo, situações que possam significar uma importante rede de apoio e suporte nos cuidados em saúde daquele indivíduo e sua família, entre outros aspectos.

“Rapa” é uma nomenclatura usada para referir-se aos Serviços das Prefeituras Municipais compostos por diferentes órgãos, a depender do município, que atuam recolhendo pertences de pessoas em situação de rua (como colchões, documentos e roupas) e de profissionais informais (camelôs) que estejam realizando comércio nas ruas.

Para refletir

Como têm sido feitos os atendimentos na rua pela sua equipe? Que importância isso tem na agenda? O que você aprende com os usuários que atende quando vai à rua? Como isso influencia no cuidado que a equipe oferece? Como influencia na organização da UBS?

Visitas e atendimentos de rua compartilhados

O atendimento compartilhado representa uma potente possibilidade de encontros entre equipes e serviços. Para organizar ações compartilhadas, é preciso existir aproximação, discussão, contato, e isto, por si só desloca as equipes e serviços do seu lugar comum, do seu “habitual” fazer, já que necessariamente traz um diálogo entre diferentes práticas e saberes.

Ampliar os cenários e agentes envolvidos em determinado cuidado significa ampliar um cardápio de ofertas. Esta ampliação poderá se dar por meio de atendimentos conjuntos, discussões de projetos terapêuticos singulares, encontros de rede, análise de dados epidemiológicos, conversas ao telefone, entre outros. Neste item focaremos na visita de rua.

Como dissemos no início desta UA, compartilhar cuidados no cenário da rua, exige planejamento, discussão, desconstrução de mitos e estigmas, entre outros; por ser um cenário desconhecido do ponto de vista das necessidades de cuidados em saúde para a maioria dos serviços e equipes de saúde, a equipe de Consultório na Rua tem papel fundamental neste processo, por seu conhecimento sobre a dinâmica da rua e vínculo com as pessoas que ali estão.

Embora os atendimentos compartilhados tenham grande potência para o cuidado, é necessária uma avaliação criteriosa para a realização de visitas de rua compartilhadas com outros profissionais de outras equipes e serviços dentro do processo de trabalho do Consultório na Rua, já que é sabido a importância do vínculo e, por vezes, a dificuldade de estabelecer relações de confiança com pessoas em situação de rua. Assim, como em qualquer outro domicílio, devemos perguntar ao nosso usuário se podemos ou apresentá-lo para outros profissionais que poderão ajudá-lo no seu cuidado em saúde.

Outros serviços, como os socioassistenciais, podem utilizar a mesma estratégia de se aproximar do usuário por meio das eCR para iniciar um processo de vinculação e conseguir desenvolver suas ações.

Um exemplo interessante são os usuários em sofrimento mental grave que não desejam ir a nenhum outro serviço, mas com o vínculo dos profissionais do consultório na rua podem aceitar que um profissional do Caps vá até ele na rua. Com isso, as equipes podem ampliar o olhar no cuidado e desenvolver estratégias que possibilitem uma melhora no sofrimento mental deste usuário, mesmo não frequentando o serviço especializado. Desta forma, o profissional contribui nos cuidados daquele indivíduo e/ou família, mas o vínculo direto e imediato continuará sendo com a eCR. É justamente a qualidade desse vínculo com a eCR que determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas, como já dissemos.

Assim, antes da realização de uma visita de cuidado compartilhado na rua, deve existir uma fase de avaliação inicial do caso, com a leitura e discussão das informações obtidas no prontuário, discussões da situação/caso entre os atores que estarão envolvidos na visita de rua, ou ainda um atendimento compartilhado dentro da Unidade Básica de Saúde daquele indivíduo que será visitado na rua.

Antes dos atendimentos e visitas compartilhados na rua, deve-se discutir os seus objetivos, estabelecer um roteiro básico a ser seguido e definir quais profissionais acompanharão a eCR durante a intervenção.

Mesmo não havendo roteiro rigidamente preestabelecido de como se deva organizar uma **visita ou atendimento na rua**, é possível delinear, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade:

- * Discussão do caso entre profissionais da eCR e os profissionais de outras equipes e/ou serviços que farão a visita/atendimento compartilhado.
- * Definição de prioridades nas ações de apoio.
- * Consenso da necessidade de realizar o atendimento e visita de rua compartilhado.
- * Planejamento do atendimento propriamente dito (agendamento de data e horário).
- * Solicitação de permissão do indivíduo ou família, por parte dos membros da eCR para que o atendimento por outros profissionais seja realizado.
- * Preparação de materiais necessários durante o atendimento e visita de rua: equipamentos, papéis, formulários ou instrumentos.
- * Checagem de dados e revisão do roteiro proposto para o atendimento e visita de rua entre profissional do Consultório na Rua e profissionais de outras equipes.
- * Execução do atendimento e registro em prontuário das informações coletadas.
- * Discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas a partir da consolidação dos dados e fatos obtidos na fase de avaliação.
- * Avaliação dos cuidados propostos e realizados a partir da visita de rua, entre as equipes e o indivíduo, e ou família visitados.

Para refletir

Sua equipe tem realizado atendimentos compartilhados na rua?

- Se sim: com quais profissionais/serviços? Como é planejado? Que estratégias vocês têm utilizado para facilitar as consultas compartilhadas na rua? No que esse roteiro que oferecemos contribui para o processo que sua equipe vem desenvolvendo e no que pode ser aperfeiçoado? Como as consultas compartilhadas na rua têm contribuído para a resolutividade da sua eCR? Que espaço têm na agenda da equipe?
 - Se não, por quê? As reuniões de rede poderiam potencializar as articulações com outros serviços?
-

Atendimento individual compartilhado dentro dos Serviços da Rede de Saúde

Assim como acontece para os usuários atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, o atendimento ou consulta compartilhada de pessoas em situação de rua dentro dos serviços da rede de Saúde pode e deve ser uma importante ferramenta no processo de trabalho das eCR. Ele poderá acontecer de diversas formas e com vários profissionais de outros serviços, como por exemplo, com um profissional da Unidade Básica de Saúde, do Serviço Especializado em IST/AIDS, do Centro de Atenção Psicossocial, entre outros.

Este atendimento compartilhado poderá ter diversos objetivos:

- * Fortalecer o vínculo preexistente de confiança do usuário com a eCR e um profissional de outro serviço que passará a realizar atendimentos sistemáticos para o mesmo, por exemplo, um paciente que recebeu recentemente um diagnóstico de hepatite C e que necessitará de acompanhamento regular com médico especialista, em ambulatório específico.
- * Facilitar a comunicação e a coleta de dados por parte do profissional do outro serviço, bem como ajudar este profissional a entender melhor a dinâmica da Rua e o trabalho do Consultório na Rua.
- * Permitir a pactuação de ações de cuidado para o indivíduo entre profissionais com diferentes saberes e atuações.
- * Possibilitar ao profissional ou equipe de outro serviço, que está fazendo apoio ao Consultório na Rua, contato com a realidade do paciente que vive/mora nas ruas, adequando terapêuticas e estratégias de cuidado ao mesmo.

- * Possibilitar a discussão sobre o caso antes e após o atendimento entre os profissionais envolvidos.

Para refletir

Sua equipe realiza atendimentos compartilhados na unidade ou somente na rua?

Se sim, como tem sido o processo para realização desses atendimentos? Você vê proximidade entre o que vêm fazendo e os objetivos que listamos? Que espaço os atendimentos compartilhados na UBS têm na agenda da equipe?

Se não tem realizado, quais são os entraves? Que estratégias poderiam ser utilizadas para superá-los?

Instrumentos de estratificação de risco

Aqui, apresentaremos brevemente algumas escalas de avaliação de risco familiar, que poderão ser utilizadas para as diversas composições familiares da rua. Nenhuma delas fora criada especificamente para utilização na situação de rua, e nem há adaptação validada para tal. Assim, os instrumentos poderão ser estudados a fim de direcionar e dar “pis-tas” para as eCR na identificação de maiores vulnerabilidades nas ruas.

Escala de Coelho

A Escala de Coelho, também conhecida como Escala de Risco Familiar, é utilizada para priorizar os atendimentos nas visitas domiciliares de uma equipe de Estratégia Saúde da Família, por meio de um score aplicado na “Ficha A” de cadastro dos indivíduos da equipe. A ficha A do SIAB recolhe informações demográficas e socioeconômicas das famílias de determinada área de abrangência; algumas destas informações serão pontuadas por este score definindo se aquela família precisa ser visitada com maior brevidade e maior frequência. Como exemplo de situações que elevam o Score de Risco de determinada família está o indivíduo acamado, deficiente físico, deficiente mental, baixas condições de saneamento e desnutrição grave.

Fonte: Os autores.



Para ler mais sobre essa ferramenta, indicamos:

- <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104> - Texto Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.
- <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/153> - Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi
- <https://periodicos.ufrn.br/article/view/4437/4021> - Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse:
http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Escala de F.I.R.O

A F.I.R.O., acrônimo de Fundamental Interpersonal Relations Orientation, constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos. A sustentação da F.I.R.O. faz-se por meio de um instrumento, denominado de FIRO-B, que contém seis escalas de nove itens de questões. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para dar feedbacks às pessoas nos grupos.

A F.I.R.O. aplica-se às unidades familiares nas seguintes situações: quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões da inclusão, do controle e da intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto e quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem.

Fonte: Mendes (2012).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse:
http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Em português, tradução livre, seria Problema, papéis e estrutura, Afeto, Comunicação, Tempo na vida, Moléstia na família, Formas de lidar com o estresse, Ambiente ou ecologia.

Escala P.R.A.C.T.I.C.E

A expressão P.R.A.C.T.I.C.E. representa as palavras em inglês: Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illnesss in family, Coping with stress, Environment or ecology. O P.R.A.C.T.I.C.E. opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de que intervenções são mais adequadas a um caso específico. Esse modelo foi proposto para utilização em situações mais complexas. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Ele fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico, podendo ser usada para assuntos de ordem médica, comportamental ou de relacionamentos.

Fonte: Mendes (2012).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse:
http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Em português, tradução livre, APGAR seria Adaptação, Parceria, Crescimento, Afetos e Resoluções.

Escala de Apgar Familiar

O APGAR Familiar é, também, um acróstico mnemônico das palavras inglesas: A, Adaptation; P, Partnership; G, Growth; A, Affection; R, Resolve. É um instrumento desenvolvido por Smilkstein em 1978. O APGAR reflete a satisfação de cada membro da família.

O APGAR Familiar é um questionário autoadministrado de cinco questões fechadas que deve refletir a satisfação de cada membro da família. Esse questionário permite observar a percepção de uma pessoa sobre o estado funcional de sua família. Ele dá uma visão rápida e panorâmica dos componentes da função familiar. Serve para diferentes tipos de famílias,

é de fácil aplicação e interpretação e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Essa ferramenta tem um número reduzido de itens, a condição cultural do entrevistado não influencia os resultados, e pode ser aplicada a partir dos dez anos de idade e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos.

Observações de sua aplicação permitem verificar que existe boa coesão entre escores baixos e presença de problemas de relação na família. Esse instrumento não mede a funcionalidade familiar, apenas o grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito ao funcionamento da família.

Fonte: Mendes (2012).

Genograma

O genograma ou árvore de família é uma metodologia de coleta, armazenamento e processamento de informações construído por símbolos gráficos e outros símbolos como dia de nascimento, eventos significativos, nomes e condições de saúde. Na representação simbólica, as figuras geométricas são as pessoas e as conectoras, as suas relações. A pessoa que ocupa papel central no genograma é, em geral, aquela que gerou o desenho desse instrumento e se torna estruturante do problema e da representação familiar.

Fonte: Mendes (2012).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf

Ecomapa

O Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita. Ele não é mais do que uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, desenhando, poderíamos assim dizer, o seu “sistema ecológico”. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

Fonte: Agostinho (2007).



Para ler mais sobre essa ferramenta, acesse: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366>

Oferecemos aqui alguns instrumentos que, na prática de trabalho nas eCR existentes, têm sido utilizados, contribuindo para a organização dos processos de trabalho e para a resolutividade das equipes.

Tem muita coisa boa sendo produzida no trabalho das equipes para compartilharmos! Por isso, sugerimos que divulgue para seu tutor e turma (no AVA), de forma a ampliar essa discussão com a contribuição e riqueza do trabalho que as equipes que estão representadas aqui no curso já desenvolvem!

Para refletir

Que outros instrumentos/ferramentas você e sua equipe têm utilizado além desses?

Instrumentos de monitoramento e avaliação das equipes de Consultório na Rua

Discutimos até o momento a importância da utilização das informações e ferramentas de trabalho das eCR a fim de orientar o seu processo de trabalho. Outro papel dessas informações produzidas é servirem para monitorar e avaliar a efetividade do trabalho de uma eCR, tanto por ela mesma como pela gestão.

É claro que há expectativas diversas entre os profissionais da equipe e os gestores, e é importante que o uso dessas informações tenha como objetivo a melhoria do cuidado ao usuário. Orientados por essa ética, equipe e gestores podem (e devem!) compartilhar e alinhar essas expectativas. Dependendo dos contextos e das relações (governabilidade), a equipe pode construir objetivos da sua atuação e os elementos de monitoramento de saúde que, em consonância com esses objetivos, julgar serem pertinentes para monitorar e avaliar sua atuação. Se a equipe tiver construído e pactuado objetivos e elementos entre seus trabalhadores e a gestão local, ficará mais fácil o trabalho e as conversas e acordos com a rede.

Para refletir

Como é a relação com a gestão local da sua eCR? É possível estabelecer esse diálogo? Se não, por quê? Que estratégias poderiam ser utilizadas para que o monitoramento e a avaliação dos indicadores pela gestão não sejam descolados das compreensões da equipe sobre o trabalho que desenvolvem?

Os elementos pactuados emergem das análises do território, das necessidades da população e da atuação da equipe. Para avaliá-los, é necessário escolher uma metodologia para a divulgação e apresentação (relatórios, reuniões de equipe, fóruns, entre outros), bem como uma metodologia para discussão dos resultados obtidos.

É importante que se determine as prioridades a serem monitoradas, uma vez que não é preciso (e nem possível!) acompanhar todas as ações, mas sim os marcadores que sirvam de alerta, indicando adequação ou

falha no atendimento às necessidades da população e, consequentemente, no processo de desenvolvimento das ações de cuidado.

A seguir, apresentamos algumas **informações importantes** para monitoramento das ações de saúde e **sugerimos alguns elementos de avaliação do processo de trabalho** do Consultório na Rua, para que você leve para discussão com sua equipe:

✱ **Situação de saúde** da população atendida (hipertensos, diabéticos, doenças de pele, pessoas com necessidade a partir da relação com as drogas etc.). Exemplos de indicadores:

- Número total de indivíduos com diagnóstico de hipertensão em relação ao número total de indivíduos cadastrados
- Número de hipertensos acompanhados na equipe, em relação ao número total de hipertensos cadastrados na equipe
- Número de gestantes em seguimento pré-natal pela equipe, em relação ao número de gestantes identificadas
- Número de pessoas com transtornos mentais severos em cuidado compartilhado com serviço especializado de saúde mental (Caps)
- Prevalência de indivíduos em situação de rua realizando curativos sistemáticos e regulares para lesões de pele
- Número de pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas em seguimento longitudinal com a eCR

✱ **Resultados de pactuações** realizadas no âmbito municipal (discussão de casos, encaminhamentos, realizações de fóruns, ações intersetoriais etc.). Exemplos:

- Número mensal de reuniões de discussão de casos com a rede de assistência social
- Número de pessoas inseridas na rede formal e/ou informal da educação
- Número de visitas compartilhadas realizadas com as equipes de abordagem social
- Número de atendimentos individuais compartilhados realizados na UBS

✱ **Elementos para o monitoramento das ações da eCR** no território. Exemplos:

- Número de atendimentos
- Número de visitas em campo
- Número de reuniões de equipe reuniões com a rede



Tão importante quanto a avaliação dos processos de trabalho das equipes é a avaliação da efetividade da mesma, e para tal é importante observar os **resultados alcançados em relação aos objetivos definidos** de uma ação ou trabalho. Assim, para que as equipes e gestores tenham clareza sobre os resultados e objetivos esperados é importante **definir previamente e pactuar mecanismos de registro das ações e atividades prioritárias**.

- Número de ações coletivas
- Número de acompanhamentos de usuários em sofrimento mental grave, hipertensos, diabéticos, grávidas, ISTs, HIV

É importante que frequentemente as eCR, de maneira compartilhada com a gestão local, avaliem seu processo de trabalho, a fim de reorientar suas direções e diretrizes (e construam novos indicadores, se for o caso). Sugerimos algumas perguntas que podem auxiliar neste processo de avaliação.

- * Este programa ou ação atende à necessidade das pessoas?
- * Os usuários conseguem identificar quais as ações são desenvolvidas pela eCR?
- * Os usuários sentem que suas necessidades estão sendo atendidas?
- * Os usuários têm facilidade no acesso à eCR?
- * Os usuários têm suas necessidades e demandas de saúde atendidas pela eCR?
- * As atividades são realizadas conforme planejado? Se não, por quê? O quanto isso tem impactado no cuidado e no alcance dos objetivos estabelecidos pela equipe para sua atuação?
- * Os objetivos foram alcançados? Se não, por quê?
- * Devemos manter o nosso processo de trabalho?
- * Como nosso processo de trabalho poderá ser aprimorado? Devemos mantê-lo como está ou há aspectos a serem aprimorados?

Para refletir

Com quais elementos de monitoramento das ações a sua equipe tem trabalhado? Como vocês têm utilizado as análises desses dados para melhoria do cuidado ofertado?

Estratégias de preservação do trabalhador da eCR: autocuidado e ações da gestão

Atuar numa equipe que se orienta por todas as ações e diretrizes da Atenção Básica e, ainda, lida com as características e demandas específicas da população em situação de rua é um grande desafio. É uma ação muito potente, e, ao mesmo tempo, um caminho que leva a muitos

enfrentamentos, por vezes feitos de forma mais branda e mais “diplomática” com a equipe, a gestão e a rede. Já em outras, são agressivos, duros, pesados para todos os envolvidos, inclusive para o usuário/paciente. E, para toda reação agressiva e dura, existirá uma força contrária a ser enfrentada e que provoca sofrimento no trabalhador.

Para refletir

Como são os enfrentamentos que realizamos diariamente?

As dificuldades são enfrentadas de quais maneiras pela eCR? Como agimos, na qualidade de profissionais, quando os entendimentos não são únicos e iguais dentro da equipe? Que espaços existem para que esta equipe possa definir melhor estratégias para o cuidado, mesmo com opiniões diversas sobre o caminho a seguir? Essas negociações são fáceis? Existem resistências para negociações? Outros dois pontos a serem avaliados são a relação da sua equipe com a gestão e com a rede de trabalho. Como as diferentes gestões da cidade interferem no trabalho de sua eCR? Como sua equipe dialoga com esta gestão?

Ou não dialoga?

Outro ponto a ser considerado é o estigma e as situações de violência que a população em situação de rua sofre, como vimos na UAI. Estes são elementos que interferem diretamente nos processos de trabalho e na percepção dos trabalhadores acerca do resultado de suas ações. Neste ponto é importante refletirmos sobre nossa expectativa em relação aos resultados de nossas ações. A dicotomia entre o desejo do trabalhador e o desejo do usuário também produz sofrimento.

É fundamental que a eCR tenha espaços para conversar, refletir sobre o seu trabalho, olhar para o seu funcionamento diário, o seu modo de ação na rua e em outros espaços, redirecionar os caminhos do cuidado, olhar para a relação entre os seus componentes, para a relação que estabelece com os trabalhadores de outras redes de cuidado, com os gestores locais, regionais e centrais, enfim, olhar verdadeiramente para o seu **processo de trabalho**, considerando de forma fraterna e transparente, todos os fatores que têm interferência nesse trabalho.

Segundo Santana e Rosa (2016):

[...] muitos profissionais iniciam o trabalho com a situação de rua com bastante empolgação e vontade de realizar mudanças na vida das pessoas. No entanto, empecilhos vão aparecendo e as soluções não são tão simples. Assim, com o tempo, a atividade vai se tornando mais pesada e podemos observar que profissionais passam a apresentar algumas formas comuns de responder ao trabalho:

- Ansiedade relacionada a situações de risco da pessoa atendida.
- Desejo intenso de tentar repetidamente persuadir a pessoa a aceitar um encaminhamento.
- Frustração e necessidade de utilizar medidas involuntárias quando alguém com comprometimento grave não consegue se vincular a um serviço.
- Conflitos com familiares da pessoa em situação de rua.
- Sensação de estar sobrecarregado.
- Medo das reações da pessoa que está atendendo.
- Violação de limites éticos para responder as necessidades da pessoa (ex.: dar dinheiro).
- Culpa ao voltar para casa pensando naquele que está dormindo nas ruas.
- Raiva ou frustração quando a pessoa não vai a um compromisso marcado.
- Relutar em continuar atendendo quem não compartilha dos mesmos objetivos e valores.
- Frustração e impotência quando seus esforços não parecem ser valorizados.
- Distanciamento afetivo de pessoas exigentes, que pedem muito, miseráveis ou sobrecarregadas.

As próprias experiências de vida também influenciam nas respostas ao trabalho com a situação de rua. Esses aspectos são individuais e eles interferem principalmente se:

- Alguém da família de quem trabalha com pessoas em situação de rua tem problema com álcool e drogas, ou tem um transtorno mental ou já esteve em situação de rua.
- O profissional está passando ou passou por problemas semelhantes ao da pessoa que está atendendo, apresentando, assim, dificuldade em diferenciar o processo da pessoa do seu próprio processo de recuperação.



- O profissional nunca esteve em situação de rua ou nunca se deparou com a possibilidade de ficar em situação de rua.
- O profissional se enxerga como uma pessoa que venceu todas as dificuldades e conseguiu erguer-se sem precisar de ajuda e contando apenas com o esforço pessoal.
- O profissional tiver dificuldade em trabalhar com pessoas “esquentadas”, que são excessivamente passivas ou que são muito insistentes e querem fazer as coisas do jeito delas.
- Trabalhar com população em situação de rua for algo novo para o profissional.

Para refletir

Você ou sua equipe já tiveram a oportunidade de refletir ou pensar nestas questões apontadas? Já tiveram a sensação de passar o dia “apagando incêndios” ou “enxugando gelo”? Quantas vezes já não ouviram que este era o trabalho do Consultório na Rua? O que isto pode gerar na equipe? Como transformar estas falas e sensações em potência para continuar? Ou ainda, como não adoecer diante de tudo isto?

Traremos aqui três situações de sofrimento e adoecimento comuns em profissionais que trabalham com populações de alta vulnerabilidade, segundo Santana e Rosa (2016).

1. Síndrome de burnout

Recorrente em situações de trabalho que acarretam alta demanda emocional, essa doença faz parte da Classificação Internacional das Doenças (CID), sob o código Z73.0. Ela é considerada um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. O termo, de origem inglesa, tem o sentido literal de “apagar”, depois que uma queima terminou. O conceito médico, no entanto, tem o sentido de “esgotar-se”, ou seja, uma pessoa com síndrome de burnout apresenta um quadro de **esgotamento** relacionado ao trabalho.

Veja a seguir os principais sinais e sintomas:

- esgotamento físico ou emocional pelo trabalho;
- atitudes negativas e cínicas;
- agressividade e irritabilidade;

É importante perceber a diferença em relação à síndrome de burnout, que pode acontecer com qualquer profissional submetido a trabalhos com exigências emocionais, mas não necessariamente histórias traumáticas. O trauma secundário ocorre apenas em pessoas que são expostas ao convívio com usuários que vivenciaram e compartilharam histórias de traumas ou imagens violentas.

- sensação de incompetência e falta de sucesso no trabalho;
- baixo desempenho;
- baixa autoestima, culpabilização do atendido ou da equipe;
- isolamento;
- mudanças bruscas de humor;
- dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão,
- pessimismo.

A **causa** desse esgotamento vem de algumas características específicas do trabalho da pessoa:

- Alta demanda combinada com pouca influência no processo de trabalho.
- Muito engajamento sem reconhecimento ou gratificação.
- Pouco suporte social.

2. Trauma secundário

Também chamado de **traumatização secundária** ou de **traumatização vicariante**, acontece em pessoas que não vivenciaram uma situação traumática “na pele”, não são as vítimas propriamente ditas, porém entram em contato com histórias (ou imagens) de trauma e violência diversas. Ouvir e ver tantas situações de violência e entrar em contato com o sofrimento das vítimas faz com que o profissional também se traumatize e, com isso, passe a manifestar sintomas que podem ser muito semelhantes aos da vítima inicial. Alguns autores falam de um efeito cumulativo das histórias traumáticas, pois há profissionais que manifestam sintomas após ouvirem diversas histórias, não apenas uma.

Um exemplo de uma situação de trauma secundário é o de uma profissional que atendeu uma mulher vítima de violência sexual. Depois de ouvir essa história e empatizar com o sofrimento da moça, passa a “ver” imagens da situação vivida pela vítima, começa a temer o contato com homens e a evitar lugares, pois passa a achar que neles poderá ser vítima de violência sexual.

A partir desse exemplo, conseguimos descrever alguns sintomas do **trauma secundário**:

- Revivenciar os eventos traumáticos do outro (pode vir na forma de imagens nítidas).
- Evitar situações e locais relacionados ao evento traumático do outro.
- Preocupação exagerada com a própria segurança, com receio de que também se torne uma vítima.



- Estado de tensão, alerta, ansiedade e irritabilidade constantes.
- Perda da confiança no mundo e aparecimento de ceticismo.
- Perda da estima por si, não reconhecendo mais seu valor.
- Distanciamento afetivo das pessoas próximas, não reconhecendo mais o valor de seus próximos.

3. Fadiga da compaixão

Outro conceito bastante adequado para descrever os efeitos do trabalho observados em profissionais que trabalham com pessoas com alta vulnerabilidade social é a **fadiga da compaixão**.

Essa doença foi inicialmente descrita como um tipo específico de síndrome de burnout, pois estaria associada às profissões que requerem o estabelecimento de um vínculo empático, como o trabalho de enfermeiros e psicólogos. Assim como a síndrome de burnout, há um estado de exaustão e disfunção, com a diferença de que se entende que isso seria resultante da exposição prolongada a situações que despertam compaixão, mas também causam, ou passam a causar, estresse.

A compaixão surge a partir de um encontro em que há sofrimento do outro. E, para trabalhar com pessoas em sofrimento, o profissional deve empatizar e se vincular. Empatia e compaixão são necessárias ao trabalho dos profissionais que atuam com pessoas em situação de rua, mas trazem risco. Como descrevem alguns autores, o “custo do cuidar”.

Algumas vezes, os familiares, companheiros e amigos dos profissionais com fadiga da compaixão também são afetados por esse mesmo problema, uma vez que veem seu ente querido em sofrimento frequente.

Como exemplos de manifestações de pessoas com fadiga da compaixão, podemos citar um profissional que não dá mais ouvidos às histórias pessoais ou reclamações de amigos com quem sempre manteve uma relação próxima. Ou um profissional que sempre gostou de ficar com os filhos no tempo livre e passa a não querer mais estar junto ou não vê a hora deles saírem de perto.

Fonte: Extraído de Santana e Rosa (2016).

Apenas para esclarecer, compaixão pode ser definida como “dor que nos causa o mal alheio; participação da dor alheia com o intuito de dividi-la com o sofredor” (COMPAIXAO, 2015).

Outras questões, para além das questões emocionais ligadas ao atendimento a pessoas em sofrimento mental e privadas de acessos dos mais diversos, como moradia e até mesmo acesso a serviços públicos, são as questões ligadas à segurança do trabalhador. Nos cabe aqui uma releitura da máxima da segurança em caso de despressurização nos aviões: “Em caso de emergência coloque a máscara primeiro em você e somente depois ajude o outro”.

Vamos falar sobre algo que nos é muito caro. Trabalhar com população em situação de rua nos remete a tudo o que citamos anteriormente e, para além disso, nos mobiliza de tal forma que pode nos cegar em relação aos riscos. É comum ouvir dos profissionais que entram em qualquer mocó ou regiões conturbadas para atender às pessoas que lá vivem. Não seria necessário fazer avaliação de risco para analisar quando estamos nos colocando em risco? Quais equipamentos de segurança você e sua equipe costumam utilizar? Outras perguntas são valiosas nesta avaliação: o local que a equipe vai visitar oferece risco? Quais horários apresentam menor risco?

As violências vivenciadas no cotidiano do trabalho geram impacto na saúde mental dos profissionais. Quais as maneiras possíveis de amenizar esses impactos para os profissionais?

Como lidar com esses sofrimentos?

O cuidado com pessoas em situação de rua pode nos apresentar a sofrimentos humanos intensos, pois nos mostra um lado da sociedade que todos, incluindo nós mesmos, tentamos retirar de nossas vistas. A ansiedade em realizar o cuidado do/com o outro e uma percepção (equivocada!), em alguns casos, de que as habilidades para fazer isso são inatas por vezes podem nos mobilizar emocionalmente. Vemos, escutamos e observamos o adoecimento de pessoas com grande sofrimento mental.

Uma primeira estratégia para lidar com os sofrimentos produzidos pelo trabalho na eCR é ter um momento, um espaço para falar sobre tudo isso dentro da equipe e pensar em estratégias de autocuidado para os profissionais.

Este espaço poderá ser, por exemplo, uma reunião de equipe, que, para além do espaço de discutir o caso, poderá refletir sobre o que e como aquele caso vem interferindo no estado psíquico dos profissionais envolvidos.

Outra discussão dentro da reunião de equipe é de que maneira os indicadores de trabalho, produção e relatórios do Consultório na Rua podem ser uma fonte psíquica protetora ou adoecedora, dependendo da ótica que temos sobre esse trabalho. Mas o que isto quer dizer? Olhar para os indicadores e relatórios como meros papéis que nos sobrecarregam e burocratizam os processos, com certeza, é adoecedor, mas olhar esses mesmos instrumentos como uma potencial ferramenta de planejamento e organização do trabalho, será capaz de minimizar a

sensação frequente de “enxugar gelo” ou “apagar fogo” já citada anteriormente neste texto.

Organizar um momento com a equipe para um café da manhã ou um lanche da tarde poderá resgatar espaços de afeto, de “estar com” colegas de trabalho, de olhar para o sofrimento do outro e para o outro como alguém que compartilha com vocês muitas horas de seu dia e de sua vida.

Organizar uma reunião de rede ou um encontro com outros atores envolvidos com as situações do cuidado “com a rua” também pode ser um espaço de cuidado com esses trabalhadores, já que reúne esforços, ideias, energia e reflexões diante de tamanha complexidade no cuidado. Neste momento, pode-se constatar as impotências e limites, mas também dividir as responsabilidades, construir estratégias inovadoras de cuidado, entre outras.

A gestão também deve ser mobilizada no cuidado com o profissional, de forma a contribuir:

- * na viabilidade para que esses espaços de autocuidado aconteçam;
- * na construção e viabilização de outras estratégias de apoio, como oportunidades de formação para os profissionais, fomento à educação permanente, suporte em supervisão clínica institucional e ao debate intersetorial comprometendo a todos e incluindo o usuário.
- * na condução responsável e ética do trabalho de monitoramento e avaliação dos indicadores, reduzindo a culpabilização dos profissionais e, conseqüentemente, a produção de mais sofrimento.

Considerações finais

Discutir o processo de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua é uma tarefa árdua e inacabada.

A Unidade de Aprendizagem II – “Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua”, para além de colaborar com a organização do dia a dia de trabalho de uma eCR, se propôs a ser uma Unidade essencialmente reflexiva, provocadora de inquietações e incômodos.

Dispôs-se a refletir sobre a dimensão técnica e política de uma eCR, inserida na Atenção Básica do SUS. Uma equipe que viabiliza a Atenção Básica como porta de entrada do SUS para uma população especí-

fica, atua como ordenadora do cuidado, uma equipe que representa um dispositivo de equidade do sistema de saúde, garantidor de direito das pessoas em situação de rua.

Propôs-se a refletir e instrumentalizar uma equipe que tem como a responsabilidade a oferta do cuidado integral e longitudinal, a partir da complexa clínica da rua e de construções democráticas e compartilhados deste cuidado.

Equipe esta que tem por responsabilidade materializar a clínica ampliada, operando sob a lógica (e ética) da redução de danos nos cuidados em saúde, provocando a rediscussão dos espaços públicos e privados na cidade, bem como diminuindo diferentes formas de violência da rua, a partir do momento em que olha o indivíduo em situação de rua como um sujeito de direitos, tirando o mesmo da violenta invisibilidade.



Esta equipe que, evidenciando a complexidade da rua, aponta para a necessidade de uma articulação com a rede de saúde e intersetorial, do apoio matricial de mão dupla enquanto essencial para multiplicidade de ofertas.

Não pretendemos esgotar as discussões e dar respostas para todos os desafios que as equipes se deparam ao longo do seu dia de trabalho, e sim apoiar os trabalhadores nos seus processos de trabalho, valorizando-os na qualidade de equipes que desenvolvem trabalhos complexos para situações ainda mais complexas do território chamado RUA.

Anexo A – Habilidades de comunicação

As habilidades de comunicação, como tecnologias leves essenciais para a construção do vínculo, devem ser naturalmente buscadas e estimuladas na prática de todos os profissionais do Consultório na Rua que se habituaram ao Método Clínico Centrado na Pessoa.

Permitem coletar os dados pertinentes e estabelecer concordância mútua e adequação do plano de tratamento à realidade do paciente (CERON, 2010).

Assim, determinadas ações transformam-se em estratégias importantes, tais como:

- * Cumprimentar a pessoa pelo nome.
- * Ouvir atentamente.
- * Detectar e responder às situações emocionais.
- * Coletar dados.
- * Não interromper o paciente.
- * Incentivar seu modelo explanatório.
- * Considerar fatores psicossociais.
- * Desenvolver uma compreensão compartilhada sobre a situação.
- * Concordar o plano de tratamento.
- * Fornecer informações.
- * Utilizar corretamente o encorajamento e a motivação.
- * Negociar um plano.
- * Criar laços.
- * Negociar mudanças de comportamento possíveis.

Segundo Borrell-Carrió (2004 apud CERON, 2010), a ampliação do potencial terapêutico de cuidado em nossas ações de saúde pressupõe as seguintes habilidades:

- * Dar ao paciente tempo para pensar.
- * Exercitar a boa comunicação, sem uso abusivo do jargão técnico.
- * Escutar o que o paciente diz (verbal e não verbalmente).
- * Oferecer suporte na medida certa.

- * Reconhecer os modelos de entendimento do paciente.
- * Acolher o paciente com calor humano, respeito e cordialidade.
- * Exercitar a empatia, junto com a disciplina emocional de não ter de dar soluções a tudo.
- * Potencializar a assertividade.
- * Distinguir a demanda aparente (queixa) da demanda real (causa dos problemas), buscando formular um plano terapêutico ampliado e em conjunto com o paciente.

Em contrapartida, o profissional de saúde deve evitar os seguintes erros de atitude:

- * Pressupor que já sabe o que está ocorrendo.
- * Esquivar-se do vínculo, baseado na crença do profissional meramente técnico.
- * Ser prepotente frente às situações vividas pelos pacientes.
- * Desconhecer os próprios pontos de irritação.
- * Saudar friamente o paciente ou não o saudar.
- * Não escutar já no início da entrevista.
- * Não delimitar claramente o motivo da entrevista.
- * Introduzir conselhos e informações precocemente.
- * Não integrar a informação atual com o que se conhece do paciente.
- * Condutas de antagonismo, culpabilização, juízos de valor e asseguramentos prematuros.

Anexo B – Prevenção quaternária

Diante da infinitude de intervenções que se despontam diariamente, da pressão assistencial e da dificuldade de gerenciamento da clínica e do tempo, o usuário está propenso a percorrer diversos serviços em busca da resolução dos seus problemas. Põe-se em evidência os idosos e portadores de doenças crônicas e comorbidades, que se sujeitam à fragmentação do cuidado na rede de saúde, tornando fundamental o papel de ordenadora do cuidado da Atenção Básica em todos os níveis e setores.

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) ganha fôlego em tempos que impõem uso racional da ciência moderna, não apenas por gerar grande economia, mas sobretudo por reduzir a mortalidade causada por procedimentos e problemas de qualidade nos serviços de saúde. Abandona-se aqui a inadequada e simplória expressão “erro médico” para descrevermos esse fenômeno mais amplo, os “Eventos Adversos em saúde” (EAs), visto que os determinantes, além de não se restringirem a uma única categoria profissional, envolvem todos os processos de uma organização de saúde e falhas, muitas vezes sistemáticas e consequências de uma cultura de segurança do paciente inadequada ou precária.

Em 2013, considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema “Segurança do Paciente”, o MS publicou a Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), define Eventos Adversos (EAs) e dá outras providências.

O PNSP, no inciso I do Art. 3º, constitui como um dos seus objetivos específicos “promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde”.

Estima-se que cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais a cada ano, vítimas de eventos adversos (EAs) nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resulta em uma taxa de mortalidade, nos EUA, maior do que as atribuídas aos pacientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamentos. (MENDES, 2005). Embora a maior parte das pesquisas se dê em ambiente hospitalar e os estudos desses indicadores na Atenção Básica ainda sejam muito pouco avançados, já se sabe ser significativa a incidência de EAs neste nível de atenção.

A P4 consiste em ação vigilante, contínua e sistemática, que visa evitar dano não intencional que resulte em comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico, ou seja, os EAs.

Ela caminha de mãos dadas com a prática da Saúde Baseada em Evidências (SBE) e deve ser incorporada por todos os profissionais de saúde em sua prática clínica, a todo momento.

Saúde baseada em evidências

Torna-se imperioso em tempos de dados e saberes tão vastos que o profissional, se reconhecendo humano e limitado, possa buscar fontes confiáveis, atualizadas, rápidas e seguras para oferecer na assistência.

Muito se avançou nas práticas de SBE. O Ministério da Saúde (MS) disponibilizou para todos os profissionais de saúde o acesso a plataformas confiáveis que oferecem este serviço e é importante que o profissional atuante no Consultório na Rua se familiarize com algumas ferramentas de Tecnologia da Informação (TI).

O MS também disponibilizou o Programa Telessaúde Brasil Redes, ou simplesmente Telessaúde, para todo o território nacional. Lançado em 2007, presta serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação (esses três últimos apenas para os profissionais do RS) através dos diversos Núcleos de Telessaúde espalhados pelo país, que visam fornecer a diversas categorias profissionais, em tempo real, subsídios e respostas clínicas rápidas e seguras. É possível buscar apoio telefônico do telessaúde também pelo número 0800 644 6543, em tempo real.



Sugerimos o cadastro do profissional no site da SBE, disponível em <http://psbe.ufrn.br>.



Recomendamos a leitura do *Manual de Telessaúde para Atenção Básica* (2012) e o *Tutorial do Solicitante* (2013), disponíveis, respectivamente, em:

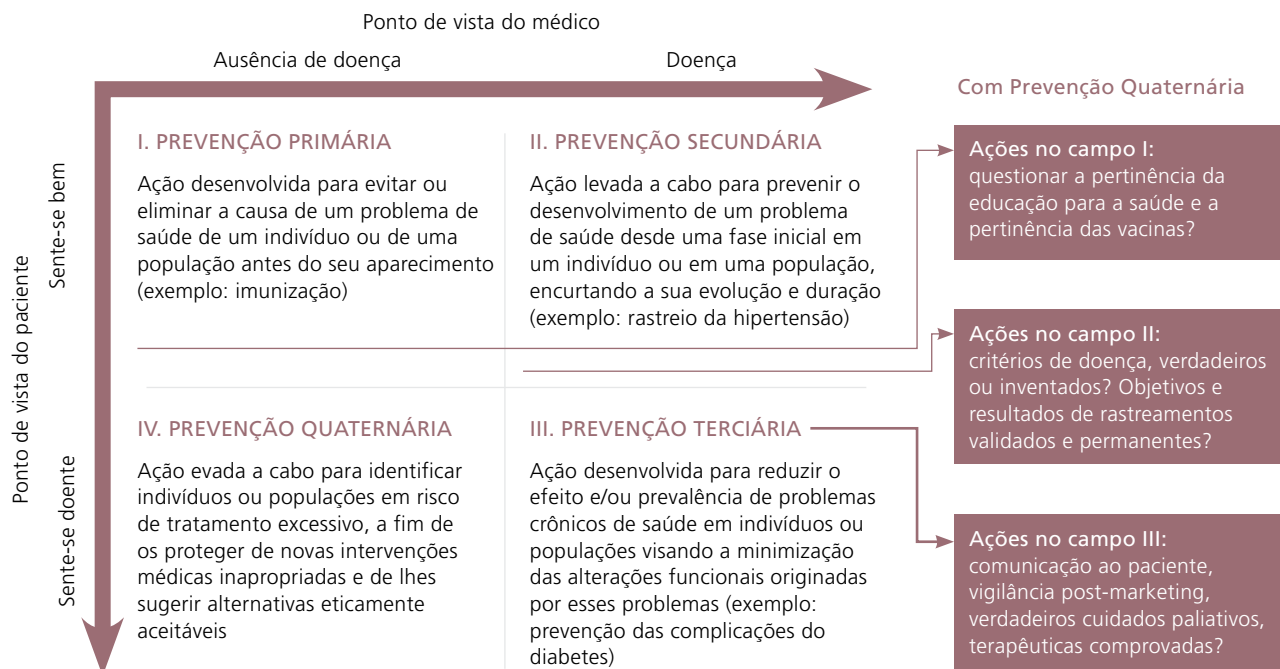
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pataforma_telessaude_tutorial_solicitante.pdf

O profissional da Atenção Básica é privilegiado por ter acesso a um conhecimento cumulativo do sujeito, que, além de fortalecer o papel de ordenador do cuidado, permite uma visão ampliada e exclusiva.

Esse poder, aprimorado pelo domínio técnico, deve ser colocado a serviço da clientela. O profissional que serve, possui o papel de facilitador e tradutor da ciência, a qual se constitui bem da humanidade, e não do técnico.

Aqueles que mais solicitam práticas preventivas são em geral os que menos as necessitam.



Fonte: Curso de Preceptoria em residência Médica em Medicina de família e comunidade (MS, 2017).

O indivíduo que se sente doente, mesmo não sendo portador de doença, é merecedor de ser advertido dos riscos de procedimentos e intervenções desnecessários, garantida a escuta qualificada e o acesso a informação. Mesmo que o sujeito não tenha compreensão do seu estado de saúde, permanece o direito de acesso ao melhor da ciência, assim como ao cuidado responsável e benéfico, por parte de toda a sociedade.

Anexo C – Transcrição do Caderno de Atenção Básica n. 39, p. 67 a 72

Trabalhando com grupos

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos. Contudo, muitas vezes, prevalece um tipo de prática que, parafraseando Campos (2003) com a ideia de “clínica degradada”, poderíamos chamar de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a sessões informativas reiteradas, questões que, muitas vezes, estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes.

Vários questionamentos podem ser feitos por usuários: “Para que frequentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido?”. Na ânsia de se tentar manter a adesão aos grupos, medidas coercitivas como distribuição da medicação somente neste contexto, ou sedutoras, oferecendo lanches ou prêmios, acabam se tornando usuais, prejudicando ainda mais o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas. Mas, se não funciona, por que as equipes mantêm esse tipo de prática? Geralmente porque não sabem fazer diferente.

O modelo biomédico que tradicionalmente embasa a formação dos profissionais de saúde, e não apenas dos médicos, exige uma postura ativa onde eles se coloquem como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva, compatível com sua denominação de “paciente”. Esse tipo de modelo reflete a formação dos trabalhadores em saúde, e a possibilidade de

sua transformação está intimamente associada ao desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, seus dramas familiares e sociais, suas dificuldades... Questões para as quais, muitas vezes, não temos respostas.

Em geral, nos hospitais e nos ambulatorios fechados, esses temas não frequentam os consultórios e atendimentos aos leitos, onde o contato é controlado, restrito, focado. Mas, na Atenção Básica, faz-se necessário poder trabalhar abordando esses problemas e sofrimentos. Ou seja, faz-se primordial transformar a prática para efetivamente se criar o grupo. Essa transformação gera adesão, continuidade e valorização do espaço grupal. Se me oferecessem oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos e, se entre nós, fôssemos estimulados a buscar alternativas e soluções, por que eu não iria? Essa mudança na forma de condução dos grupos e na postura dos profissionais acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades.

Assim sendo, podemos dizer que as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção.

Entre essas atividades, destacam-se:

- * **Terapia comunitária:** a abordagem desenvolvida por Adalberto Barreto e hoje presente em todo o País oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental. Apesar disso, não se propõe a ser espaço terapêutico de transtornos mentais

específicos, sendo mais um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para muitos usuários.

- * Grupos de convivência: tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão. Os trabalhos manuais costumam ser parte importante da rotina desses grupos, assim como atividades sociais como passeios e festas. Diferem das oficinas especializadas para pacientes com transtornos mentais graves, como as realizadas em unidades como os Caps, mas, por acontecerem na unidade, dentro da comunidade, possuem ação particularmente importante de reintegração social dos pacientes. Nos contextos de isolamento produzidos pelo aumento da violência urbana e pelas limitações e fragilidades da velhice, esses grupos têm se mostrado muito potentes para ressignificar as escolhas de vida desse grupo etário.
- * Grupos de mulheres: os grupos com mulheres têm sido realizados em unidades de Atenção Básica no país há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados. De maneira geral, estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão, e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam ser grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria etc.).

Como metodologias de trabalho de grupo podem-se destacar também:

- * Grupos operativos: na década de 1940, o psicanalista argentino Pichon-Riviére definiu o grupo operativo como conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculos. O grupo operativo deve ser dinâmico (fomentando a comunicação e a criatividade), reflexivo (principalmente na avaliação das dificuldades que levam o grupo a não resolver uma tarefa, por exemplo), democrático (usando o princípio da autonomia, em que o grupo define as ações e prioridades).

- * Grupos terapêuticos: além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes com relação a esta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.
- * Grupos motivacionais: existe a possibilidade de serem desenvolvidos grupos motivacionais que adaptam técnicas utilizadas na terapia breve. A intenção principal consiste em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento. Para tanto, é fundamental que o grupo esteja efetivamente comprometido em realizar as mudanças necessárias e compreenda sua situação como um problema a ser solucionado. Esses grupos podem ser muito úteis em situações nas quais os sujeitos necessitem adquirir e fortalecer compromisso ou ampliar o desejo de mudança.

Fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo

Alguns aspectos descritos a seguir são importantes de serem considerados durante a estruturação de um grupo e mesmo durante os próprios encontros grupais. São eles:

* Estrutura básica de um encontro de grupo

Um encontro grupal é geralmente composto por três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento. A apresentação é o início do contato dos participantes com o grupo e do vínculo. Nessa fase a metodologia de trabalho é explicada e são utilizadas técnicas de apresentação e de descontração. Uma dinâmica que pode ser utilizada, por exemplo, é a de jogar uma bolinha de borracha para a pessoa que deve falar. Funciona muito bem para faixas etárias mais jovens. Outra forma é utilizar a ordem em que as pessoas estão sentadas, ou a ordem em que chegam ao encontro. O importante é quebrar a regra comum, pois as pessoas ficam mais atentas.

A segunda é a fase de desenvolvimento propriamente dita, subdividida em três momentos: aquecimento, no qual é introduzido o tema

do encontro; aprofundamento, no qual o tema é explorado de forma mais extensa e detalhada; e o terceiro, processamento, no qual é dado o feedback ou devolução sobre o tema abordado. Não é interessante deixar pendências para os encontros subsequentes, embora algumas vezes o planejamento sofra alterações ao longo do encontro, de acordo com demandas apontadas pelos participantes do grupo.

A terceira é a fase de encerramento. Neste momento, são utilizadas técnicas de fechamento buscando sintetizar ou encaminhar a discussão para seu final. Além disso, no encerramento, também costuma ser realizada pequena avaliação do encontro ou das atividades do grupo como um todo.

* Contratualização

A contratualização ou pactuação inicial de regras em um grupo é fundamental para seu sucesso. As regras de funcionamento devem ser explicitadas e justificadas logo no início da atividade. Quando uma regra não explícita for apresentada durante o processo grupal, é importante que ela seja discutida, buscando consenso entre os integrantes. Portanto, certa flexibilidade e negociação quanto às regras são desejáveis, desde que isso não prejudique a interação.

É importante reforçar que o momento de pactuação e apresentação das regras pode ser manejado diferentemente, a depender do tipo de grupo. Por exemplo, se um grupo sempre se reúne com as mesmas pessoas, não há sentido realizar a cada encontro a apresentação e a pactuação das regras. Elas podem ser trabalhadas sempre que algum membro novo chegar ou quando as regras precisam ser revistas ou fortalecidas. No caso da apresentação dessas regras no início desse mesmo tipo de grupo exemplificado, é interessante fazer uma rodada de “como vão as coisas”, ou seja, de socialização dos sentimentos atuais (novidades) de cada membro.

O sigilo deve fazer parte da pactuação inicial, lembrando aos participantes que todos naquela circunstância estão expostos da mesma forma. Quando alguma quebra de sigilo ocorrer, cabe ao facilitador ficar atento. Em nenhum momento, esse processo deve ser conduzido de forma a julgar ou condenar alguém, requerendo-se habilidade e parcimônia da parte do facilitador para mediar possíveis conflitos entre os participantes.

* Dinâmicas de grupo

Constituem-se em formas de atuação com grupos. Em geral, são utilizadas para provocar algum tipo de mobilização ou de reflexão nos par-

ticipantes. Essas reflexões visam trazer ao debate temas diversos, como crenças e noções dos participantes a respeito de algo, sobre a forma como o grupo se comporta ou mesmo sobre o comprometimento e as expectativas com os resultados da atividade. Além disso, essas dinâmicas podem ser utilizadas para “acordar” as pessoas, aquecê-las física ou mentalmente para o início de um debate. Esses momentos podem ser propícios para o autoconhecimento, reflexões coletivas ou difusão de informações sobre algum tema específico.

Um dos objetivos das dinâmicas é estimular as pessoas a expressarem suas vivências ao grupo. É possível encontrar ampla gama de dinâmicas com diferentes objetivos e metodologias. Na leitura complementar, são apresentadas algumas fontes que podem auxiliar no trabalho quando houver necessidade de utilizar dinâmicas de grupo, lembrando que elas não são uma panaceia e devem ser utilizadas com critério.

* Comunicação

A comunicação é o cerne de qualquer atividade em grupo. O facilitador deve estar atento para a comunicação não verbal que ocorre durante os encontros, uma vez que pode apontar para diferentes sentidos aquilo que está sendo expresso em palavras. A cooperação e a comunicação dentro de um grupo favorecem o aprendizado e as mudanças de atitude. É muito importante que seja mantido clima de espontaneidade e empatia diante das experiências relatadas nos encontros. Nesse sentido, é essencial estar atento a situações que possam estar associadas a conflitos variados, por exemplo, um desentendimento ou discussão entre os participantes, que devem ser trabalhados, e não esquecidos.

* Características do moderador/facilitador

Na equipe de saúde, deve ser identificado o integrante que apresenta melhores características e afinidades com o tipo de grupo que está sendo proposto (ou que está situacionalmente mais disposto ou com mais condições). Para que a atividade tenha êxito em seus objetivos, o facilitador deve acreditar na proposta e gostar de trabalhar em grupo. Isso auxilia tanto na pactuação quanto no manejo das situações que podem ocorrer nos encontros, pois os participantes percebem de imediato as reações do facilitador, ainda que sutis ou disfarçadas. Além disso, é demandado ao facilitador manter alto grau de respeito pessoal, coerência e ética em suas condutas, proporcionando ambiente seguro para que os integrantes possam expressar-se sem receio de serem julgados. Atitudes de paciência ativa e tranquilidade permitem que os integrantes tenham tempo suficiente para adquirir confiança no ambiente e ultrapassar algum período de ansiedade ou desconfiança inicial que

possa estar ocorrendo. É importante também que o facilitador tenha um bom poder de síntese, seja empático, conheça as técnicas e o planejamento realizado antes do início do grupo, mantendo sempre certa humildade diante do desconhecido que certamente vai ocorrer no percurso do grupo.

Seguem pequenas dicas que podem ajudar na montagem e condução desses grupos:

- Planejem a atividade discutindo coletivamente (se possível com toda a equipe) a finalidade desse novo grupo: a que se destina? Quem serão as pessoas convidadas a participar? E quais resultados se espera atingir com ele? Quais as demandas territoriais existentes?
- Para uma boa interação, o grupo deve ter idealmente entre 12 e 16 pessoas, e dispor de um local onde possam conversar sem serem interrompidos durante uma hora e meia a duas horas.
- É sempre bom que a condução seja compartilhada por pelo menos duas pessoas da equipe: isso permitirá que, enquanto uma conduz os debates e a circulação das falas, por exemplo, a outra fique atenta a manifestações não verbais que possam mostrar apreensão, medo, desconforto e ansiedade. Assim, essas emoções poderão ser trabalhadas e isso melhorará o clima do grupo como um todo.
- A cada sessão é fundamental propiciar a circulação das falas, estimular a conversa lateral (isto é, a fala entre eles, e não somente dirigida aos facilitadores), acolher e apresentar os novos membros. Para tal, perguntas que estimulam a descrição funcionam melhor que perguntas do tipo sim ou não. Por exemplo: “Como foi que vocês tiveram o diagnóstico da sua doença? O que sentiram naquele momento? O que estava se passando em suas vidas?” São perguntas melhores que: “Foi difícil receber o diagnóstico dessa doença?” Ou: “Vocês conseguem cumprir as indicações dietéticas?”, porque essas perguntas podem ser rapidamente respondidas por sim ou não e interrompem a circulação das falas. Já as descrições e a transmissão de experiências ecoam nas pessoas e colaboram para que cada uma examine sua própria experiência e com as demais debatam as estratégias utilizadas para lidar com a doença.
- Também é importante resumir no início de cada sessão os objetivos do grupo e, no fim, dar um fecho à conversa resumindo um pouco o que se passou naquele encontro.

- Ainda, reservem sempre uns 20 ou 30 minutos no fim para analisar entre os facilitadores como foi o encontro de grupo. É importante ter um pequeno diário para registrar as mudanças que vão se produzindo nas pessoas (i.e.: quem nunca falava um dia fala), eventos marcantes (alguma revelação, confissão ou dica compartilhada etc.).
- Os facilitadores do grupo cuidam do espaço, cuidam de que o grupo aconteça e para tal: preparam o local para receber as pessoas, devem ser sempre pontuais e não permitir que o grupo seja interrompido. Isso implica um gentil convite aos participantes dos grupos a desligarem seus celulares e a solicitação a toda pactuação com a equipe de saúde para priorizar a atividade de maneira que ela não seja nem suspensa, nem interrompida. A continuidade é base da confiabilidade no grupo e isso é a matéria-prima desse tipo de trabalho. Em geral, as pessoas gostarão de voltar se tiverem a impressão de terem compartilhado de uma experiência verdadeira. Para isso, é fundamental que percebam que os facilitadores realmente estavam a fim de estar ali, dedicados por inteiro ao grupo.



Atividades da Unidade de Aprendizagem II



Atividade 1 – Compreensão da equipe de Consultório na Rua dentro da Atenção Básica: a clínica da rua

Modalidade: presencial

Duração: 6 horas (divididas em dois períodos diferentes)

Produto: Reflexão e descrição do trabalho do Consultório na Rua, na qualidade de equipe de Atenção Básica.

Objetivos:

- * Refletir sobre o papel de uma eCR enquanto modalidade de cuidado em Atenção Básica;
- * Refletir sobre o processo histórico da eCR e seu papel deslocando a equipe de Consultório na Rua para a Saúde Mental;
- * Refletir sobre formas de concretizar o trabalho da Atenção Básica em Saúde de uma eCR por meio de estudo de caso.

Como realizar esta atividade?

Esta atividade terá dois momentos diferentes: Manhã e Tarde

Manhã: Duração 3 horas

1. Os alunos, divididos em três grupos deverão escolher um caso para representar, de forma artística, aos demais do grupo (1h30 minutos para construção da ideia do caso, e se desejarem “ensaio” da representação).
2. Cada grupo deverá representar o acolhimento de um indivíduo em situação de rua em 3 cenários diferentes: em uma visita de rua, em uma demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde e em uma visita a um serviço sócio-assistencial (Cada apresentação do caso deverá durar no máximo 15 minutos, totalizando 45 minutos).
3. Neste acolhimento a equipe/profissional deverá orientar o usuário sobre o papel do Consultório na Rua e, após ouvir suas demandas, deverá orientar o usuário sobre as possibilidades de atuação da eCR.
4. Após a apresentação dos três casos, o grupo todo deverá debater e discutir as representações, com auxílio do tutor (45 minutos de discussão).



Nem todos os participantes do grupo precisam estar na representação, mas deverão auxiliar o grupo nas reflexões e sugestões da “história” do usuário, em formas de encaminhamentos para as demandas trazidas no caso e na discussão com os demais grupos.

Tarde: Duração 3 horas

1. Os alunos, divididos em pequenos grupos, farão a discussão sobre a seguinte frase distribuída em cartolina para os grupos ou escrita em quadro/lousa:

O Consultório na Rua enquanto componente da Atenção Básica: a Clínica da Rua e a interface com as demais clínicas do Cuidado.

Para a discussão desta frase, algumas perguntas norteadoras poderão ser usadas pelo tutor, a saber:

- * O que significa ser um componente da Atenção Básica?
 - * Como atualmente minha equipe ocupa este lugar?
 - * Você identifica alguma questão no trabalho da eCR que se diferencia do trabalho da Atenção Básica?
 - * Como é o desenvolvimento da “Clínica na Rua” hoje na minha equipe?
 - * Fazemos a clínica do cuidado ou a clínica do encaminhamento?
 - * Realizar na rua um procedimento que usualmente é realizado dentro do serviço de saúde me dá mais segurança como profissional?
 - * Realizar procedimentos e atendimentos no espaço da rua me faz sentir realizador de uma clínica menos qualificada?
 - * Qual é o papel da eCR, na qualidade de equipe de Atenção Básica, na coordenação do cuidado dos indivíduos em situação de rua?
 - * Quais as interfaces com as demais clínicas de cuidado realizadas no dia a dia de trabalho?
 - * Como a clínica da rua pode acontecer na UBS?
2. Cada grupo apresentará à turma a discussão realizada no espaço, no formato de cartaz com palavras-chave, texto descritivo ou representação artística, de acordo com o desejo e necessidade do grupo.
 3. Na turma, o tutor estimulará os alunos a discutirem os pontos e reflexões em comum, bem como os pontos divergentes identificados.

Atividade 2 – Como concretizar a Clínica na Rua?

Modalidade: presencial

Duração: 3 horas

Produto: Reflexão e descrição do trabalho do Consultório na Rua, com foco na Clínica do Cuidado na Rua.

Objetivos:

- * Refletir sobre o dia a dia de trabalho do Consultório na Rua, na qualidade de equipe que realiza a Clínica do Cuidado no território rua;
- * Refletir sobre os desafios do “fazer” a Clínica na Rua;
- * Refletir sobre os procedimentos e técnicas desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua, bem como suas implicações técnicas, legais e gerenciais.

Como realizar a atividade?

1. Os alunos, divididos em 3 grupos deverão completar as seguintes frases escritas na lousa (duração de 1 hora para esta discussão):

Frase 1: Hoje, na minha eCR fazemos na rua os seguintes procedimentos e/ou técnicas: _____

Frase 2: A decisão de realizar determinado procedimento e/ou técnica na rua foi/ ou é da (o): _____

Frase 3: Para mim, realizar determinado procedimento _____ (escolher um dos procedimentos citados na Frase 1) na rua é ou me traz: _____

Frase 4: Nós não realizamos _____ na rua porque _____

2. Cada grupo apresentará à turma a discussão realizada, no formato de cartaz com palavras-chave, texto descritivo ou representação artística, de acordo com o desejo e necessidade do grupo (apresentação de 10 minutos por grupo).
3. O tutor deverá estimular os alunos a realizarem trocas quanto aos diferentes procedimentos e/ou técnicas desenvolvidas pelas equipes/profissionais no território rua, bem como acolher e refletir sobre os sentimentos e significados de desenvolvê-los no território rua, e a decisão de fazê-la (1h30 minutos para esta discussão).

Atividade 3 – Análise do perfil sociodemográfico e de atendimento da população de rua acompanhada pela equipe de Consultório na Rua



Seu tutor abrirá o fórum da Unidade de Aprendizagem II no AVA, onde você poderá compartilhar com seus colegas de turma a realização das atividades a distância.

Modalidade: a distância

Duração: 3 semanas

Produto: Produção de texto descritivo do resultado da análise realizada com a equipe sobre o perfil da população atendida pela equipe de trabalho.

Objetivos: Analisar o perfil da população atendida e o perfil de atendimento da equipe, por meio dos dados obtidos nos sistemas de informação utilizados, E-SUS ou outros sistemas.

Como realizar a atividade?

1. O aluno deverá realizar esta atividade, preferencialmente, de forma compartilhada com sua equipe.
2. O aluno deverá acessar os relatórios e os dados existentes sobre o trabalho de sua equipe, como os relatórios gerados pelo e-SUS de cadastros individuais da equipe, relatórios de atendimento, relatórios de atividades coletivas, bem como outros sistemas de informação, planilhas e instrumentos de trabalho utilizados pela equipe para organizar o seu dia a dia de trabalho.
3. Em uma reunião de equipe, os relatórios deverão ser distribuídos para todos os membros e cada dado ou informação ser discutida.
4. A partir desta discussão, deverá ser construído um texto que descreva esta análise e que contenha as seguintes informações:
 - Qual é o perfil etário, escolar e de gênero da população acompanhada por minha equipe?
 - Qual é o perfil de adoecimento e condições de saúde-doença relatadas ou diagnosticadas da população acompanhada por minha equipe?
 - Quais são os principais atendimentos realizados pela minha equipe para esta população atendida?
 - Quais são os principais encaminhamentos realizados pela minha equipe para esta população atendida?

- Breve relato sobre como foi acessar os sistemas de informação utilizados por sua equipe.
- Breve relato de como foi a elaboração e o formato da atividade.

O arquivo com sua produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 4 – Identificação de ações prioritárias no processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua

Modalidade: a distância

Duração: 2 semanas

Produto: Texto descritivo sobre as atividades prioritárias identificadas pela equipe em fórum de debate aberto com a turma.

Objetivo: Refletir sobre o papel dos sistemas de informação e relatórios de gestão para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação do processo de trabalho da equipe.

Como realizar a atividade?

1. O aluno deverá realizar esta atividade, preferencialmente, de forma compartilhada com sua equipe.
2. O aluno deverá, junto com sua equipe, ler o produto da Atividade 2, sobre o perfil da população e de atendimento da equipe e, a partir daí, refletir sobre as atividades prioritárias a serem desenvolvidas por sua equipe.
3. Para esta reflexão poderão ser sugeridas as seguintes questões norteadoras:
 - Quais atividades são pensadas ou poderiam ser pensadas para atender as necessidades dos usuários atendidos pela sua equipe?
 - Qual é a capacidade da equipe e da rede de dar conta dessas necessidades?
 - Que ações a equipe precisa fazer para implementar essas atividades?
 - Como temos planejado o dia a dia de trabalho da nossa equipe?
 - Como olhamos para a seguinte afirmativa: A Clínica na Rua é a Clínica do Improviso!

Lembre-se de compartilhar o desenvolvimento da atividade com seus colegas no fórum da UA II no AVA.

- Qual a importância da utilização dos sistemas de informação para a definição de prioridades no processo de trabalho da equipe?
4. O aluno produzirá um texto que descreva as atividades prioritárias identificadas pela equipe para o seu processo de trabalho.

O arquivo com essa produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 5 – Construção de uma agenda mensal para a equipe de Consultório na Rua

Modalidade: a distância

Duração: 2 semanas

Produto: Construção de proposta de agenda mensal de trabalho da equipe de Consultório na Rua dialogada com a gestão local.

Objetivos:

- * Consolidar reflexões e produtos das Unidade 1 e 2, a fim de fortalecer o processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua.
- * Concretizar a discussão sobre sistemas de informação e identificação de ações prioritárias da equipe de Consultório na Rua em uma proposta de agenda mensal para a equipe de Consultório na Rua

Como realizar a atividade?

Lembre-se de compartilhar o desenvolvimento da atividade com seus colegas no fórum da UA II no AVA. Algumas questões motivadoras são: Quais critérios identificados para criar a agenda? A agenda é rígida ou possibilita maleabilidade? Como as agendas de reuniões oneram a eCR? Quais as dificuldades de cumprir a agenda?

1. O aluno deverá realizar esta atividade, preferencialmente, de forma compartilhada com sua equipe.
2. A equipe deverá construir uma proposta de agenda mensal para as atividades desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua, que deverá conter:
 - Descrição de ações individuais e coletivas,
 - Descrição de ações setoriais e intersetoriais,
 - Descrição de atividades desenvolvidas na Unidade Básica, na Rua ou em outros territórios.

Caso você tenha dificuldades em pensar um modelo para agenda, oferecemos abaixo um ponto de partida para auxiliar a discussão com sua equipe de trabalho:

Mês de referência: _____							
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Primeira semana	–	Reunião de Equipe com discussão de caso	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento **	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Reunião de rede***	–
		Visita de rua*	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua ****	
Segunda semana	–	Reunião de equipe com educação permanente da equipe	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Atividade coletiva Terapêutica nos Equipamentos da Rede Socioassistencial	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	
Terceira semana	–	Reunião de Equipe com discussão de caso	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Reunião de rede	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	
Quarta semana	–	Reunião de equipe com educação permanente da equipe	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Atividade coletiva na rua	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	
Quinta semana	–	Reunião de Equipe com análise dos indicadores e produção mensal	Atendimento individual na UBS	Reunião de matriciamento	Atendimento individual nos equipamentos da Rede Socioassistencial	Atividade de promoção da Saúde nos Equipamentos da Rede Socioassistencial	–
		Visita de rua	Atendimento individual na rua	Visita nos equipamentos na Rede Socioassistencial	Atendimento individual na UBS	Atividade coletiva na rua	

Observações:

1. A proposta mensal de agenda de uma eCR pode não prever todas as atividades específicas de determinados profissionais. Assim, sugere-se que os profissionais das eCR tenham também suas agendas específicas organizadas a partir de um modelo mais geral da equipe.

2. Esta agenda não prevê outras atividades que devem ser incorporadas pontualmente nas atividades de uma eCR, a partir das necessidades, como reuniões de discussões de casos específicos, espaços de educação permanente ofertados pela rede, visitas de pacientes dentro de serviços hospitalares, entre outras.

3. O trabalhador do Consultório na Rua deverá ser estimulado a compor as atividades de trabalho dentro da UBS onde estiver inserido, como participar das reuniões de equipe da UBS, compor a equipe de atendimento de demanda espontânea da UBS, entre outras.

4. As agendas de cada profissional e equipe deverão sofrer mudanças a depender da carga horária dos trabalhadores, bem como de seu horário e dias de trabalho.

* Visitas de rua: As visitas poderão ser organizadas a partir dos microterritórios, pontos de maior concentração populacional, necessidades levantadas como prioridades nas discussões de equipe, entre outros critérios a serem definidos pela equipe.

** Reunião de matriciamento: As reuniões de matriciamento poderão ser organizadas com todos os serviços, ou de forma separada – por exemplo, uma semana com os serviços da rede de Saúde Mental, uma semana com a equipe de Nasf-AB, outra semana com os serviços de IST/Aids, outra semana com a defensoria Pública, de acordo com as necessidades locais.

***Reunião de rede: As reuniões de rede deverão ser organizadas, preferencialmente de forma a garantir a maior participação dos serviços e equipes da saúde e rede intersetorial envolvida no atendimento e cuidado da população em situação de rua.

****Atividade coletiva na rua: As atividades coletivas na rua ou dentro dos equipamentos da Rede Socioassistenciais deverão ser organizadas a partir das necessidades do território, como por exemplo, buscas ativas de sintomas respiratórios, buscas ativas de Hipertensos ou de IST, Atualização de cartão vacinal, atividades de promoção em Saúde, Atividades de Educação em Saúde, entre outras.

3. Esta agenda deverá ser apresentada pela equipe de Consultório na Rua à gestão local (gerente da Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Lotação da eCR, coordenadores e interlocutores das Supervisões e Regionais de Saúde, entre outros níveis de gestão), para provocar o debate sobre as necessidades da equipe, da população atendida e as interfaces da gestão com o processo de trabalho da equipe.
4. Esta agenda deverá ser construída de forma esquemática.

O arquivo com essa produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

Atividade 6 – Utilização de ferramentas organizativas do processo de trabalho da equipe

Modalidade: a distância

Duração: 3 semanas

Produto: Descrição e postagem, em formato de texto ou vídeo, de uma proposta de intervenção no processo de trabalho da equipe.

Objetivo: Produzir uma intervenção prática no processo de trabalho da equipe, a partir das reflexões e ferramentas apresentadas e propostas ao longo da Unidade II.

Como realizar a atividade:

1. O aluno deverá propor uma intervenção no processo de trabalho da sua equipe, usando, ao menos, uma das ferramentas de trabalho descritas e discutidas na UA II.
2. Esta intervenção poderá ser especificamente no seu processo de trabalho, enquanto indivíduo trabalhador, ou poderá ser uma intervenção no processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua, como um todo.
3. O relato desta intervenção deverá conter os seguintes itens:
 - Qual foi a intervenção no processo de trabalho de sua equipe?
 - Como se deu a construção da intervenção?
 - Quais os atores envolvidos nesta intervenção?
 - De que maneira esta intervenção impactou no cuidado das pessoas em situação de rua?
 - Quais foram os desafios e dificuldades na implantação da intervenção?
 - Quais foram/são as potencialidades na implantação da intervenção?
 - É possível realizar uma avaliação sobre esta intervenção? Que critérios você consideraria para esta avaliação?

Lembre-se de compartilhar o desenvolvimento da atividade com seus colegas no fórum da UA II no AVA.

O arquivo com essa produção deverá ser encaminhado ao tutor pela ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.



III | Cuidado à pessoa em situação de rua

Carmen L. A. Santana

Katia M. Amirati



Sobre a unidade de aprendizagem

Você está iniciando, agora, a Unidade de Aprendizagem III: “Cuidado à pessoa em situação de rua”.

Oferecer cuidado não é apenas oferecer um pernoite ou uma consulta médica. A prática do trabalho na rua exige aliar humanidade ao conhecimento. O cotidiano do trabalho nos surpreende sempre, a cada dia surge uma novidade, uma situação que nos tira da “zona de conforto”, do conhecimento técnico e nos instiga a pensar sobre política, cultura e todos os pontos que fazem o cuidado ir muito além do tratamento. Problemas sociais complexos exigem ações intersetoriais, diálogo e participação ativa das pessoas envolvidas. Integração e colaboração entre os diversos setores da sociedade são fundamentais para a efetivação do direito à saúde desse grupo.

Tendo como base a intersetorialidade para efetivação do cuidado à saúde da população em situação de rua, nesta unidade, serão apresentadas especificidades do cuidado na rua. A unidade não cobrirá todos os elementos do cuidado, mas pretende ilustrar os principais problemas de saúde encontrados por essas pessoas.

Você será convidado a colaborar e construir a sistematização de sua prática de cuidado, trazendo o dia a dia para dentro do ambiente de aprendizagem, possibilitando a relação entre conhecimentos, experiências, necessidades e realidade de cada aluno.

Embora partes do conteúdo da unidade possam ser mais ou menos relevantes à sua prática de trabalho, é importante que todos tenham uma visão geral de como a situação de rua interfere na prática do cuidado, na recuperação e na reabilitação das pessoas às quais prestamos assistência. Muitos recursos já estão disponíveis na rede, mas, para que esses recursos possam ser utilizados na efetivação do cuidado, é importante que cada um tenha clareza do seu papel nesse processo.

Ao concluir as atividades desta unidade, a ideia é que você tenha acesso a um conjunto de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua, construído pela troca de experiências e conhecimentos entre os diversos atores participantes e com os recursos didáticos disponibilizados pelo curso.

O objetivo geral desta unidade é:

- * Prover subsídios (informações, reflexões e vivências) para a realização de um cuidado integral e efetivo às pessoas em situação de rua.

Para alcançar esse objetivo geral, trabalharemos de forma a promover:

- * O empoderamento dos participantes para garantia de um cuidado integral às pessoas em situação de rua.
- * O trabalho de maneira intersetorial e multidisciplinar no desenvolvimento do cuidado às pessoas em situação de rua.
- * O desenvolvimento da aprendizagem com os pares no processo do cuidado às pessoas em situação de rua.
- * A valorização dos diversos saberes locais referentes ao cuidado das pessoas em situação de rua.



Esta unidade de aprendizagem se inicia com um encontro presencial. Para cada atividade presencial, os alunos trabalharão em grupos e com seus respectivos tutores.

Em cada grupo serão distribuídas as funções de coordenador, relator e cronometrista para a construção do produto. Recomendamos que essas funções sejam delegadas a diferentes pessoas nas diversas atividades.

Ao final do encontro, construiremos um painel integrado com as produções dos vários alunos.

Diferentemente das duas unidades anteriores, em que havia um texto disparador e as atividades, a Unidade de Aprendizagem III está estruturada por meio de quatro atividades sequenciais e obrigatórias, desenvolvidas no encontro presencial e a distância com apoio do tutor. Após uma discussão sobre o que é cuidado e a elaboração de um caso (atividades presenciais), você será convidado a construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o caso selecionado. A fim de subsidiar sua construção, ofereceremos textos de apoio, para algumas das atividades. Além desses, disponibilizaremos também referenciais teóricos sobre onze condições de saúde e ciclos de vida e suas especificidades em relação às pessoas em situação de rua, conforme relacionado a seguir.

- * Álcool e outras drogas
- * Criança/adolescente
- * Doenças sexualmente transmissíveis /HIV
- * Feridas
- * Gestação
- * Hipertensão e diabetes
- * Idoso
- * Infestações e doenças de pele
- * Saúde bucal
- * Transtorno mental

- * Travestis e transexuais
- * Tuberculose

Cada um desses tópicos será apresentado a partir da seguinte estrutura:

- * Texto introdutório com as especificidades do cuidado na rua.
- * Fórum com perguntas norteadoras gerais e específicas de cada tópico.
- * “Já foi feito/aconteceu assim...”: exemplos de práticas do cuidado na rua.
- * Material de apoio: conjunto de referências comentadas. A leitura dessas referências irá instrumentalizar as equipes para responder às perguntas norteadoras, elaborar o PTS (Atividade 3) e sistematizar a proposta de intervenção específica para a população em situação de rua (Atividade 4).

Além desse material, somente indicado, há também transcrição de alguns textos, oferecidos como anexos para cada um dos tópicos.

Não esgotaremos todo o conteúdo necessário ao cuidado às pessoas em situação de rua nesta unidade. Sendo assim, ao escolher o caso a ser trabalhado, a equipe deve considerar a necessidade/o desejo de aprofundar o estudo sobre as condições de saúde e os ciclos de vida desse caso.

Boas conversas!



Propomos que você envie ao tutor um relato sobre sua forma de fazer o cuidado de casos que atende (descrição da experiência) e que estejam relacionados às condições de saúde e aos ciclos de vida listados anteriormente. O envio das experiências não é obrigatório, e o relato pode ser postado no Fórum de discussão do PTS, na Atividade 3.



Atividades da Unidade de Aprendizagem III



Atividade 1 – Introdução ao cuidado às pessoas em situação de rua

Modalidade: presencial

Objetivos: problematizar o cuidado à população em situação de rua; identificar os principais problemas e especificidades presentes na prática do cuidado à população em situação de rua.

Estratégias: discussão em grupos, por meio de dinâmicas e questões norteadoras.

Produto: cartaz com as reflexões da turma.



[...] Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff, 2004

Como realizar a atividade?

Para esta atividade, a turma será dividida em grupos. Cada grupo participará de uma dinâmica e realizará uma discussão e a produção de um cartaz.

A dinâmica será conduzida pelo tutor. As perguntas norteadoras para a discussão em roda devem ser:

- * O que você entende como cuidado?
- * Na sua opinião, quais são as principais especificidades do cuidado na rua (problemas, desafios e potencialidades)?

Em seguida, a turma produzirá um registro da discussão na forma de cartaz, orientando-se pelo quadro a seguir.

Especificidades do cuidado às pessoas em situação de rua		
Problemas	Desafios	Potencialidades

Atividade 2 – Elaboração do caso

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz
e o que se faz, de tal forma que, num dado momento,
a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

Modalidade: presencial

Objetivos: apresentar casos complexos para equipes multiprofissionais; observar e ter uma visão crítica do papel de cada um no cuidado à população em situação de rua; refletir sobre cuidados compartilhados entre saúde e demais setores envolvidos na atenção às pessoas em situação de rua; exercitar a elaboração de um caso para apresentação em espaços de discussão, intra e intersetetorial.

Estratégias: seleção de um caso por grupo; descrição do caso.

Produto: redação completa do caso escolhido pelo grupo.

Nesta atividade, você e seu grupo irão eleger um caso complexo, que servirá de base para a realização da Atividade 3 que tratará de tópicos específicos do cuidado à população em situação de rua.

Como realizar a atividade?

1. Os grupos devem eleger um caso que seja cuidado (ou necessite ser cuidado) pela equipe de Consultório na Rua, debatendo as seguintes questões:

- De quais maneiras o caso chega para a equipe de Consultório na Rua?
- Existe busca ativa para o caso? Como e onde se dá a primeira abordagem?
- Como se dá a chegada até o serviço de saúde? Como se dá a chegada até o serviço de assistência social?
- Como se dá o acompanhamento de casos como esse em sua equipe?
- Quais estratégias poderiam ser utilizadas para garantir o cuidado?
- Como a equipe se organiza para compartilhar o cuidado?



2. Em seguida, o grupo deve relatar o caso por escrito, coletivamente. O grupo pode utilizar o formato de relato que achar mais interessante, incluindo aqueles trazidos pelos alunos, consolidados em suas práticas profissionais. Para aqueles que não tiverem modelos consolidados para apresentação do caso, disponibilizamos, neste Caderno, no item “Textos de apoio às atividades”, uma sugestão de roteiro de questões a serem feitas para o relato de caso na área da saúde. Na apresentação do caso, pedimos que incluam também os seguintes pontos:



Este curso visa ser, também, um espaço de legitimação das práticas que já existem nos territórios. O compartilhamento de experiências, formatos, métodos, práticas diversos é muito bem-vindo!

- Por que esse caso foi eleito? Na análise, o grupo deve levar em consideração as discussões que já foram realizadas ao longo do curso, tais como redes, estabelecimento de prioridades, compreensão sobre vulnerabilidades, comunicação e trabalho em equipe, dentre outras.
- O que você pensou/sentiu ao entrar em contato com esse caso?

Para refletir

Você já parou e pensou sobre como sua equipe tem se organizado para eleger as prioridades de atendimento? São os casos mais graves? São os que têm menor autonomia? São aqueles em que se considera possível uma intervenção?

Atividade 3 – Projeto Terapêutico Singular

Objetivos: buscar caminhos para lidar com as situações da prática de trabalho na rua; identificar fontes de informação (protocolos, diretrizes) relacionadas ao cuidado; avaliar os resultados possíveis das intervenções propostas no contexto da rua; transpor o cuidado realizado nos serviços de saúde para a prática na rua.

Estratégia: discussão do conceito do PTS a partir do caso elaborado na Atividade 2; produção de um esboço do PTS na parte 1. Na parte 2 da atividade (que será desenvolvida a distância), a estratégia envolve o desenvolvimento de um PTS completo para uma situação real vivenciada pelo aluno em seu território de trabalho.

Parte 1 – Uma introdução ao conceito de PTS e primeiros esboços

Modalidade: presencial

Duração: um dia

Produto: esboço do PTS



Como realizar a atividade?

O tutor promoverá junto à turma uma discussão sobre PTS, com base no texto “Projeto Terapêutico Singular (PTS): roteiro geral para estruturação”, disponível na seção de Textos de apoio às atividades da Unidade de Aprendizagem III, do seu Caderno de Atividades.

Após a discussão, cada grupo deverá realizar as seguintes ações:

- * Fazer um diagnóstico da situação do caso da Atividade 2, levando em conta os pontos de vista de todos os profissionais que estejam ou devam estar envolvidos na elaboração do PTS deste caso.
- * Listar as informações necessárias para o cuidado desse caso.
- * Desenvolver uma “chuva de ideias” com o objetivo de levantar os recursos necessários para o cuidado do caso, de maneira ideal.

A elaboração do esboço do PTS na parte 1 da atividade deve servir como exercício preparatório para a elaboração do PTS completo na parte 2. Ao final do encontro, os grupos deverão entregar para o tutor e postar no AVA o que produziram como esboço do PTS, para que o tutor possa dar retorno e orientar a próxima parte desta atividade.

Para subsidiar esta atividade, indicamos para leitura, além de “Projeto Terapêutico Singular (PTS): roteiro geral para estruturação”, o texto “Especificidades do atendimento à população em situação de rua”, também disponível no item “Textos de apoio às atividades”.

Parte 2 – Elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS)

Modalidade: a distância

Produto: sistematização e redação do PTS.

Prazo: 3 semanas

Como realizar a atividade?

Cada aluno deverá realizar, com o apoio de sua equipe de trabalho no território, as seguintes ações:

- * Escolher um caso considerando, dentre outros aspectos a serem definidos por você e sua equipe de trabalho, a potencialidade para discussão do cuidado em rede, estabelecimento de prioridades, compreensão sobre vulnerabilidades, comunicação e trabalho em equipe.
- * Apresentar o diagnóstico inicial da situação, levando em conta todas as informações disponíveis.
- * Buscar as informações necessárias para o cuidado desse caso.
- * Selecionar recursos relevantes para o cuidado do caso.
- * Propor como as informações e os recursos podem ser aplicados ao caso escolhido (integrar prática e teoria).

O espaço de discussão pelo ambiente virtual de aprendizagem nessa atividade é o fórum aberto e mediado pelo tutor. Nesse fórum, haverá questões relativas à dinâmica de construção do PTS na prática, assim como elementos para problematizar o cuidado de uma pessoa em situação de rua com determinada condição ou ciclo de vida (por exemplo, gestação, álcool e outras drogas, HIV etc.).

Para subsidiar essa atividade, indicamos a leitura detalhada dos comentários do tutor sobre o esboço do PTS elaborado no presencial e consulta aos seguintes textos disponíveis no item “Textos de apoio às atividades”:

- * “Projeto Terapêutico Singular” (PTS – roteiro geral para estruturação)
- * “Especificidades do atendimento à população em situação de rua”

Além desses textos, outros também são apresentados nos itens “Condições de saúde e ciclos de vida” e “Textos de apoio aos tópicos de condições de saúde e ciclos de vida”, neste Caderno, para subsidiar a elaboração do PTS.

Ao fim do prazo estipulado, todos os alunos deverão enviar a produção ao tutor por meio da ferramenta “Envio de Atividades” do AVA.

Atividade 4 – Sistematização de uma prática de cuidado voltada à população em situação de rua

Modalidade: a distância

Objetivos: colaborar na compreensão das práticas do cuidado à população em situação de rua na realidade brasileira; produzir conhecimento para a prática do cuidado à população em situação de rua.

Estratégia: construção de material didático e/ou sistematização de intervenção para o tópico selecionado na atividade anterior.

Produto: material didático específico para o tópico selecionado.

Prazo: 2 semanas



Extraído do vídeo *A rua não é um mundo fora do nosso mundo* (BRASIL, 2013).

Como realizar a atividade?

Na atividade anterior, você realizou, junto com a equipe de trabalho, a construção de um Projeto Terapêutico Singular. Agora, pedimos que você pense, de preferência novamente junto com sua equipe do serviço, em uma produção voltada para o coletivo, isto é, a construção de um material didático que apresente estratégias de cuidado às pessoas em situação de rua. A proposta é criar novas maneiras de divulgar as boas práticas do cuidado à população em situação de rua para os diversos atores do seu território. Para isso:

- * Eleja um público para o qual gostaria de fazer essa divulgação (outros profissionais de saúde, profissionais de outros setores, sua equipe de trabalho, equipe de Atenção Básica à qual está relacionado, pessoas em situação de rua, gestores etc.).
- * Estruture um material didático específico para apresentar as estratégias de cuidado relacionadas ao caso selecionado na atividade anterior, partindo das seguintes reflexões:
 - Que formato é mais interessante? Exemplos de formatos: elaboração de portfólio virtual, desenvolvimento de “protocolos” locais, produção de textos, vídeos, jogos, material educativo, exposições e outros.
 - Que informações devem constar nesse material, considerando o formato escolhido e o público ao qual se destina?

Ao fim do prazo estipulado, você deverá enviar o material produzido ao tutor por meio da ferramenta “Envio de Atividades” do AVA.



A young girl with curly hair is running on a sidewalk, looking towards the camera. She is wearing a light-colored t-shirt and patterned shorts. The background is blurred, showing trees and buildings. A semi-transparent grey circle is overlaid on the image, containing the text.

Textos de apoio às
atividades



Sugestão de roteiro para elaboração de um caso na perspectiva da saúde

Cabe salientar que as equipes de saúde e outros profissionais da rede intersetorial envolvidos na atenção às pessoas em situação de rua devem construir seus roteiros e realizar seus registros de casos, bem como o do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para que atendam às suas necessidades/possibilidades locais, devem pensar em como essa forma de registro poderá ser integrada entre as equipes. O roteiro a seguir não se constitui uma proposta do Ministério da Saúde para Consultórios na Rua; é apenas uma sugestão das autoras desta unidade de aprendizagem.

Para apoiá-lo na realização da Atividade 2, a sugestão de roteiro aqui apresentada contém questões que o grupo poderá se fazer para estruturar o relato do caso.

* Identificação

- Nome
- Data de nascimento
- Idade
- Estado civil
- Religião
- Sexo
- Orientação sexual
- Nome da mãe
- Nome do pai
- Cor
- Escolaridade
- Profissão
- Ocupação atual/Gostaria de passar o contato para a equipe?
- Possui documentos? Deseja informar? Qual? Número de RG/CPF/Certidão de nascimento/Título de eleitor/PIS/Reservista
- Recebe algum benefício social? Bolsa Família? Renda cidadã? Benefícios de Prestação Continuada (BPC)?
- Possui alguma pendência jurídica que gostaria de compartilhar com a equipe?

* Queixa atual

- Você possui alguma queixa?
- Como você está se sentindo **hoje**?

✱ Diagnóstico situacional da vida na rua

- Quanto tempo está em situação de rua?
- Atualmente, dorme em algum centro de acolhida? Qual? Endereço/contato
- Atualmente, frequenta algum centro de convivência? Qual? Endereço/contato
- Atualmente, frequenta algum espaço da assistência social para lavar as roupas, tomar banho, guardar documentos ou outros cuidados?
- Qual ou quais as suas expectativas em relação a esse serviço que frequenta?
- Que pessoas ou instituições podem ser uma referência, caso precisemos fazer contato com você?
- Você gostaria de sair da situação de rua?
- Se sim, o que você avalia como necessário para sair dessa situação?

✱ Família

- Você mantém algum contato com sua família? Com quem? (grau de parentesco) Gostaria de deixar esse contato com a equipe?
- Como você considera o vínculo que possui com sua família?
- Gostaria de voltar a ter contato com eles? A equipe poderia auxiliar nesse contato?
- Com que frequência você faz contato com sua família? De que maneira se dá esse contato? (telefone, visita, carta, e-mail)

✱ Antecedentes pessoais de saúde

- Possui algum problema de saúde? Qual ou quais?
- Faz uso de alguma medicação?
- Já fez algum procedimento cirúrgico? Qual? Quando? Onde?
- Já precisou de transfusão sanguínea?
- Já teve alguma doença sexualmente transmissível?
- Atualmente, possui parceira ou parceiro sexual?
- Costuma fazer uso de preservativo nas relações sexuais?
- Tem histórico de violência doméstica? Gostaria de falar sobre isso?
- Tem ou teve algum problema de saúde/doença mental? Já ficou internado em hospital psiquiátrico? Onde? Quando? Por quanto tempo?

- Você possui alguma deficiência física?
- Como você vê sua situação emocional hoje?
- Usa ou já usou algum tipo de droga? Qual? Quando?
- Gostaria de parar ou já pensou em reduzir ou diminuir o uso?
- Faz uso de bebida alcoólica? Com qual frequência?
- Faz uso de tabaco? Quanto? Há quanto tempo?
- Acha que o consumo de alguma dessas substâncias trouxe benefícios para sua vida?
- Acha que o consumo de alguma dessas substâncias trouxe malefícios para sua vida?
- Em que momento de sua vida você costuma fazer uso mais intenso dessa substância?
- De que maneira você acredita que seria um tratamento para você?
- Já passou por alguma experiência de tratamento? (AA, Caps, comunidades terapêuticas, enfermarias de dependência química em hospitais gerais)

* Antecedentes familiares de saúde

- Alguém em sua família tem problemas de saúde, como: Hipertensão? Diabetes? Câncer? Hanseníase? Trombose? Alcoolismo? Quem? (grau de parentesco)

* Saúde da mulher

- Data da última menstruação
- Já engravidou? Quantas vezes? Quantos partos? Normais ou cesarianas?
- Já teve abortos? Espontâneos ou provocados?
- Tem desejo de engravidar?
- Usa algum método para “evitar” a gestação?
- Já realizou Papanicolau? Quando? Sabe qual foi o resultado?
- Já realizou mamografia? Quando? Sabe qual foi o resultado?
- Realiza o autoexame das mamas?

* Desejos e expectativas

- Qual sua expectativa em relação a este atendimento?
- Quais são os seus desejos? Qual seu planejamento de vida?
- Você tem um grande sonho ou sonhos em sua vida? Gostaria de compartilhar com a equipe?

A Atividade 1 propõe uma reflexão sobre o significado do cuidado. As definições aqui apresentadas e no próximo texto (“Reflexão sobre cuidado”) podem ser úteis neste momento.

Significado da palavra cuidado

Cuidado é:

S.m. Atenção, aplicação a alguma coisa: trabalho feito com muito cuidado. Precaução, cautela, diligência, desvelo: dirija com cuidado. Inquietação de espírito, preocupação: seu estado não inspira cuidados.

S.m.pl. Encargo, responsabilidade: ficou entregue aos cuidados do médico.

Adj. Pensado, meditado, previsto: suas palavras são sempre bem cuidadas.

Sinônimo de cuidado: anteparo, atenção, cautela, circunspeção, desvelo, ponderação, precaução, prudência, tento e zelo.

Fonte: (Dicionário *on-line* de português, 2014).

Reflexão sobre cuidado

Humanização e cuidado são pontos destacados no trecho a seguir:

[...] Política Nacional de Humanização diz de uma aposta no protagonismo e na autonomia. Autonomia e protagonismo não entendidos como autossuficiência ou independência, mas como capacidade de criação de regras com o outro conforme as diversas situações enfrentadas na vida (KINOSHITA, 1996). Quanto mais vínculos, e maior as redes de relações que estabelece; maior sua autonomia. Nesse sentido, o cuidado é sempre um cuidar-se, cuidar de si, sendo o “si” sempre a relação (FOUCAULT, 1985, 2004). Daí decorre a afirmação política da inseparabilidade entre produção de saúde (cuidar) e produção de subjetividade (si). Inseparabilidade entre o si do cuidar e aquele que cuida. O que queremos afirmar é que, nessa convocação ao protagonismo, é disso que deriva o cuidar. Protagonismo é efeito do cuidar, mas o cuidar deriva disso: de um reposicionamento na relação de poder. O cuidar se passa, ao mesmo tempo, entre os sujeitos e entre as multiplicidades que constituem a nós e às coisas. Se o cuidado se dá “entre”, na relação entre um e outro, então o cuidado se faz com e não sobre o outro. O que se destaca é a relação, o compartilhamento. A clínica passa por um e outro, pressupõe desvio, sair do lugar, mudança nas relações entre sujeito e objeto, desfazendo a dicotomia entre sujeito e objeto (BARROS, 2007), entre aquele que cuida e aquele que é cuidado (BRASIL, 2010, p. 54).

Clínica ampliada

Para refletir:

[...] Clínica ampliada. Ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho. Formação em equipe. Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua (BRASIL, 2010, p. 66-67).

A Atividade 3 remete, ainda, aos conceitos de clínica ampliada, de saúde e de integralidade na assistência. Os textos a seguir oferecem subsídios para sua compreensão.

Conceito de saúde

Extraímos de Coelho e Almeida Filho (2002) estas reflexões sobre o tema:

[...] Para Canguilhem a saúde é uma norma de vida superior, sendo a doença uma norma de vida inferior. Enquanto a saúde se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde. Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico, em outra.

Além disso, a saúde implica o adoecimento e a saída do estado patológico... a ideia de uma saúde perfeita acabaria por configurar uma nova patologia, à medida que implicaria a perda do exercício normativo. Essa nova concepção “canguilhemiana” rompe com a visão, característica do século XIX, de saúde como adequação a uma norma. O conceito de normatividade, em Canguilhem, significa a capacidade de instaurar novas normas, e não o estado de conformidade perante as normas estabelecidas. Canguilhem estabeleceu uma distinção original entre normalidade

e saúde. A normalidade, como norma de vida, constitui uma categoria mais ampla, que engloba saúde e patologia como distintas subcategorias. Tanto saúde quanto doença situam-se no âmbito da normalidade, pois ambas implicam uma certa norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde é uma normalidade, tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma... Nessas bases, o diagnóstico e o tratamento deveriam estar calcados sobretudo na observação do doente, e não nas modernas técnicas de exame. Eles podem até mesmo contrariar o resultado dos exames. A perspectiva do doente deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico. A terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal. Além do mais, a cura não implica necessariamente saúde. A cura pode estar mais próxima da doença ou da saúde se, na estabilidade que ela proporciona, encontra-se ausente ou presente uma abertura às modificações (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Sobre integralidade na assistência à saúde

Franco, Magalhães Júnior e Merhy (2003) consideram:

[...] a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico [...] (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR; MERHY, 2003).

Chegou a hora de pensar na construção de um PTS! Este texto de apoio à Atividade 3 ajuda a organizar as ideias.



Você encontra o livro disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

Projeto Terapêutico Singular (PTS): roteiro geral para estruturação

O trecho a seguir foi extraído do livro *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (BRASIL, 2007).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário.

Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias, e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos etc.).

O PTS (BRASIL, 2008) contém quatro momentos:

1. O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.
2. Definição de metas: uma vez que a equipe tenha feito os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazos, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver com ele melhor vínculo.
3. Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
4. Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e serão feitas as devidas correções de rumo.

Especificidades do atendimento à população em situação de rua

Há relação entre rua e problemas de saúde? O texto adiante, retirado do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (BRASIL, 2012, p.51-54), faz breve explanação sobre o tema e pode apoiá-lo na realização da Atividade 6.

O manual na íntegra encontra-se disponível na biblioteca do curso.

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 aumentar a 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 a seguir, 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. [grifo nosso]

- * **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 em uma 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 de forma considerável 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 de 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, em um 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’.

Este texto a seguir, produzido pelas autoras desta unidade de aprendizagem, é mais um apoio para você realizar a Atividade 6.

Problemas ortopédicos

É muito comum encontrarmos, nas ruas, pessoas com sequelas de atropelamentos e outros acidentes (muitas vezes, relacionados a momentos de intoxicação por álcool), apresentando deformidades de membros superiores e inferiores, o que dificulta a circulação nas ruas, a busca de alimentos, a procura por serviços de saúde e assistência, tornando-as ainda mais vulneráveis. Além disso, é um grande desafio para as equipes de saúde e assistência encontrar locais adequados para abrigamento dessas pessoas, em especial aqueles que necessitam de equipamentos acessórios para deambulação, como cadeiras de rodas, bengalas e muletas.



Condições de saúde e ciclos de vida



Os textos que seguem são para consulta e reflexão com a finalidade de construção do PTS.

Álcool e outras drogas

O item “Textos de apoio aos tópicos de condições de saúde e ciclos de vida” apresenta um texto que aprofunda o estudo desse tema. Consulte-o. Ele poderá ajudá-lo na realização do seu trabalho.

A vida nas ruas aumenta o risco de abuso de substâncias, transtornos mentais e vários outros problemas físicos e sociais. Isso ocorre em função das diversas condições comuns àqueles que vivem nas ruas, como, por exemplo, estresse, exclusão social, exposições à violência constante, dificuldade em manter um estilo de vida saudável.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e/ou outras drogas na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * De que maneira a situação chega até a equipe de Consultório na Rua?
- * Existe busca ativa, pela equipe, dos casos para cuidado?
- * Como questionar ativamente sobre o uso de álcool e outras drogas?
- * Como se dá a chegada dos casos até o serviço de saúde?
- * Para qual serviço preferencialmente a equipe direciona o caso? (UBS; PS; CAPS Álcool e Drogas; Centros de acolhida)
- * A equipe percebe dificuldade no acolhimento desses indivíduos por parte de outros profissionais da saúde e da assistência? Qual a relação que se estabelece com a substância psicoativa?
- * Qual o tempo de uso/consumo da substância? É possível diagnosticar uma síndrome de dependência em relação a álcool e/ou outras drogas?
- * Qual a percepção do indivíduo em relação ao seu uso? Quais são os efeitos/sentimentos/sensações/recompensas e ganhos que o indivíduo sinaliza e traz para sua vida? Quais perdas e dificuldades o indivíduo sinaliza e traz para sua vida?

- * Existe o desejo de interromper ou modificar a maneira pela qual faz uso da substância? Qual o estágio motivacional em que os indivíduos atendidos pela equipe se encontram?
- * Qual a rede de suporte em seu território para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas? Qual a relação entre as equipes do Caps AD, Consultório na Rua e Assistência Social de sua região?
- * Existe alguma relação com comunidades terapêuticas, casas de restauração, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, enfermarias de tratamento para dependência química em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos locais e Consultórios na Rua? Como garantir o cuidado em saúde para a pessoa que apresenta síndrome de dependência associada a comorbidades e está em situação de rua? E para aquela que faz uso nocivo da substância? E para o usuário que apresenta intoxicação aguda pela substância?
- * É possível “negociar” a não intoxicação nos momentos de atendimentos nos serviços de saúde a fim de facilitar o acolhimento pelos profissionais da saúde e assistência?
- * É possível negociar a ingestão de álcool somente após 40 minutos da ingestão de um antibiótico?
- * É possível “negociar” a não intoxicação no momento de entrada/chegada no centro de acolhida a fim de garantir a acolhida/vaga no espaço?
- * Que outras possibilidades podem ser discutidas com o indivíduo para minimizar os danos causados pelo uso/consumo de drogas?
- * Essa pessoa já tentou outras abordagens terapêuticas, por exemplo, já fez acompanhamento em CAPS, ambulatorios? Já foi internada por motivos relacionados ao uso da substância? Como foi a resposta a essas intervenções anteriores?



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo

No município de São Paulo, algumas equipes de Consultório na Rua têm feito abordagens conjuntas com as equipes de Caps AD em sua região, além de discussões de casos complexos, para pensar estratégias que garantam a continuidade do cuidado ao indivíduo.

Material de apoio

1. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua

CANDIANI, C.; PEDRA, M.; GALLANI, A. Álcool e drogas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. cap. 7, p. 72-77. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014. Disponível na biblioteca virtual do curso.

2. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social

SANTANA, C. L. A.; ROSA A. S. *Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social*, Epidauros: Medicina e Arte, São Paulo, 2016. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

3. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Essa obra apresenta a política do Ministério da Saúde para prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas, considerado, hoje, um grave problema de Saúde Pública.

4. Curso Supera

Sistema para detecção do uso abusivo e da dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento.

Sugestão de Curso EaD promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça (MJ), oferecido gratuitamente por meio da parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e executado na modalidade de Educação a Distância (EaD) pelas equipes da Unidade de Dependência de Drogas (Uded) do Departamento de Psicobiologia da Unifesp e do Departamento de Informática em Saúde (DIS). O curso é elaborado por profissionais com grande experiência nas áreas de política sobre drogas, prevenção do uso e tratamento da dependência de *crack*, álcool e outras drogas. Disponível em <http://www.supera.senad.gov.br/>.

5. Caminhos do cuidado, caderno do tutor

CAMINHOS do cuidado: Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem

da Atenção Básica: caderno do tutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Projeto em parceria Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição/Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Disponível na biblioteca do curso e em: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor.pdf>.

Esse Caderno faz parte do material didático do Curso de Formação em Saúde Mental para Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem das Equipes de Saúde da Família. O curso faz parte do projeto Caminhos do Cuidado – formação em saúde mental, com ênfase em *crack*, álcool e outras drogas para os trabalhadores da Atenção Básica, a partir do cotidiano de trabalho e das práticas e vivências de cada um no seu território.

6. Pedras no caminho

Curta-metragem. É a primeira produção de trabalhadores de saúde na oficina de formação em audiovisual do Ponto de Cultura e Saúde Ventre Livre. O curta trata da vida de pessoas em busca de autonomia, esperança e cuidado para superar o problema com as drogas. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=mu49u0SL0-I>.

7. Amamentação e uso de drogas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília, DF, 2000. 72 p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual apresenta uma lista de medicamentos/drogas e discute seu mecanismo na fisiologia da lactação e seu uso (compatível, uso criterioso e contraindicado). Entre as drogas apresentadas, estão as drogas ilícitas.

8. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília, DF, 2004. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse livro contribui para o desenvolvimento de políticas inovadoras na redução dos danos decorrentes do álcool em países em transição. Convoca políticos, formuladores de políticas e a mídia a implementar medidas ativas que tratem do problema, dando-lhe a atenção necessária, não deixando que os problemas decorrentes do uso do álcool sejam minimizados frente às questões relacionadas ao uso de drogas ilícitas.

9. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil

ELIAS, L.; BASTOS F. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, dez. 2011. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O artigo traz uma revisão histórica e conceitual sobre os programas de Redução de Danos (RD) no campo da saúde pública, especialmente no Brasil. Trata-se de um material útil para o aluno conhecer princípios e aplicações da RD em diversos contextos.

10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Essa versão do capítulo V da CID 10 tem como objetivo o uso clínico, educacional e assistencial em geral. O livro apresenta uma descrição dos principais aspectos clínicos para se realizar o diagnóstico dos transtornos mentais. Essas descrições e diretrizes diagnósticas não pretendem dar conta da complexidade das situações que envolvem problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas, mas são extremamente úteis para definir a abordagem clínica na elaboração do PTS.

11. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários*. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Essa versão do capítulo V da CID 10 tem como objetivo instrumentar o profissional da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental. O livro apresenta uma descrição dos aspectos clínicos principais para a realização do diagnóstico dos transtornos mentais, descreve em linhas gerais as orientações que devem ser feitas aos pacientes e familiares, aborda os medicamentos usualmente prescritos na Atenção Básica e traz indicações de quando esse paciente deve ser encaminhado ao especialista. Essas descrições e diretrizes diagnósticas são apresentadas de uma forma facilmente compreensível para os profissionais não especialistas e outros profissionais atuantes nos cuidados primários à saúde.

Criança e adolescente

O atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua reforça, na equipe, a necessidade do trabalho intersetorial e interdisciplinar. A vida nas ruas aumenta o risco de abuso de substâncias, transtornos mentais e vários outros problemas físicos e sociais. Isso ocorre em função das diversas condições comuns àqueles que vivem nas ruas, por exemplo, estresse, exclusão social, exposições à violência constante, dificuldade em manter um estilo de vida saudável. Esses efeitos são especialmente graves em crianças, adolescentes e jovens, para quem a situação de rua também implica abandono escolar. A tendência a buscar sensações/experiências novas e a disposição para correr riscos (comuns aos adolescentes), aliadas à falta de acesso aos equipamentos e oportunidades sociais, econômicas e culturais oferecidos pelo poder público (comuns à população de rua), contribuem para o alto índice do consumo de drogas nessa população.

Um cuidado integral deve abranger as potencialidades e a qualidade de vida desses jovens, não apenas a eliminação dos sintomas. Muitas vezes, ao nos depararmos com famílias ou até mesmo crianças e adolescentes sozinhos no território, questionamos: nossa responsabilidade no cuidado; as ações que podemos e/ou devemos exercer naquele momento; quais seriam as implicações legais para a equipe frente às suas decisões; como lidar com situações do tipo o desejo de crianças permanecerem nas ruas; o que significa uma lei que garante o direito ao convívio familiar e a proteção à vida para as crianças que se sentem mais protegidas nas ruas que em suas próprias casas. As respostas a tal questionamento não são simples nem são únicas. São respostas construídas, vistas e revistas ao longo do trabalho, contínua e incessantemente.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de crianças e adolescentes na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na atenção básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Como se dá na equipe a chegada de uma criança ou um adolescente? Como acontece a chegada dessa criança ou adolescente no serviço de saúde? Qual ou quais atores da rede auxiliam nessa chegada?
- * Existe a busca ativa dos casos de crianças e adolescentes em seu território?

- * Quantos são os menores existentes em seu território? De que maneira a equipe tem controle desse número? Onde estão localizados?
- * Qual a relação que eles estabelecem com sua família biológica? Quem eles elegem como seus “pais e mães de rua”?
- * Qual a rede de apoio que eles utilizam em seu dia a dia para sobrevivência?
- * Como se estabelece a relação entre a equipe de Consultório na Rua e os abrigos para menores em sua região? Como se dá o fluxo de encaminhamento para esses espaços?
- * Como se dá a relação entre as equipes de abordagem de rua da Assistência Social, Saúde Mental e Consultório na Rua?
- * Quais as principais demandas que crianças e adolescentes trazem para a equipe?
- * Quais as principais demandas percebidas pelos profissionais da saúde e assistência em relação às crianças e aos adolescentes?
- * Como o Conselho Tutelar da região pode auxiliar no acompanhamento dos casos?
- * As equipes possuem contato ou vínculo com esse órgão? Como se estabelecem as relações e contatos?
- * Existe o desejo de abrigamento por parte desse indivíduo? Existe o desejo de contato e/ou retorno familiar? Ele autoriza e deseja que as equipes façam esse contato? Quem da equipe o faz?
- * É possível o acompanhamento conjunto entre as equipes de saúde e assistência dos municípios de moradia e de origem?
- * Existe algum grupo ou equipe no seu município que discuta as questões da criança e dos adolescentes em situação de rua?
- * Existe algum contato entre as equipes de saúde e assistência com a Vara da Infância e Adolescência de seu município? Em que momentos se pensa em recorrer ao apoio jurídico no acompanhamento conjunto do caso?
- * Existem casos em que a equipe avalia a necessidade de busca e apreensão de menores em seu território? Como se dá esse fluxo ou essa discussão?
- * Como se garante a permanência da família unida na rua, sem a exposição de crianças e adolescentes a riscos de vida?

- * É permitida por lei a permanência de crianças e adolescentes nas ruas?
- * É possível o cuidado de famílias em situação de rua?
- * Existem abrigos específicos para famílias em seu território? Como se dá esse fluxo de encaminhamento?
- * Como auxiliar as famílias que tenham seus filhos abrigados nos cuidados e nas visitas a eles?
- * Como a equipe se organiza no caso de crianças e adolescentes abrigados sem histórico de saúde e social, por exemplo, documentos ou carteira de vacinação?
- * A equipe de saúde do Consultório na Rua está preparada para a leitura do cartão vacinal e o acompanhamento do gráfico de crescimento e desenvolvimento?
- * Existe um trabalho conjunto em seu território entre equipe de saúde, assistência e a Pastoral da Criança?
- * Qual a rede de apoio alimentar para essa população?
- * Qual a rede de apoio e proteção à criança e ao adolescente em seu território?
- * Qual a rede de cuidados à criança e ao adolescente que faz uso/ abuso de drogas em seu território?
- * Existe Caps infantil? Como se dá o cuidado compartilhado com essa equipe?
- * Como está organizada a rede de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica? E a rede de proteção à criança e ao adolescente vítima de exploração do trabalho infantil?
- * Quais são os serviços direcionados à criança e ao adolescente para banho e alimentação?

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

- * No município de São Paulo, existem abordagens conjuntas e sistemáticas entre as equipes de Consultório na Rua e as equipes de abordagem de rua da assistência social, bem como reuniões periódicas para discussão de casos, a fim de se pensar estratégias conjuntas sobre o caso; no caso de “problemas” relacionados ao



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

uso/abuso de substâncias, também existe a discussão de casos com equipe de Caps infantil local.

Material de apoio

1. Calendário de vacinação para crianças menores de 6 anos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Disponível na biblioteca virtual do curso e em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/calendario13_crianca_ate6anos.pdf.

2. Calendário de vacinação para crianças maiores de 7 anos e adolescentes da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Disponível na biblioteca virtual do curso e em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/calendario13_crianca_maior7a_adolescente.pdf.

3. Caderneta de saúde da criança

Nessa caderneta de saúde da criança, você encontra espaço de preenchimento para dados de identificação das crianças, direitos da criança e dos pais, sobre gravidez e puerpério, orientações sobre amamentação, crescimento e desenvolvimento, registro de vacinas, entre outros. Disponível na biblioteca virtual do curso.

4. Estatuto da criança e do adolescente

Disponível na biblioteca virtual do curso.

5. Saúde da criança e do adolescente nas Unidades Básicas de Saúde

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual técnico: Saúde da criança e do adolescente nas Unidades Básicas de Saúde*. 4. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual é direcionado ao profissional enfermeiro e traz um conteúdo sobre o atendimento da criança, desenvolvimento ponderoestatural, exame físico, calendário vacinal, assistência de enfermagem nos problemas mais comuns na infância como pediculose, dor de ouvido, parasitoses, cólica do RN, entre outros. Além disso, há material sobre atendimento ao adolescente, alimentação e transtornos alimentares, imunização, gravidez na adolescência, DST, grupos educativos, entre outros.

6. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, DF, 2002. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual destina-se aos profissionais de saúde de nível superior que prestam atendimento infantil nos diversos níveis da atenção. Tem a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de suas práticas e, por extensão, a qualidade de vida das crianças, mediante a monitoração do seu crescimento e desenvolvimento.

7. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, DF, 2009. 112 p. (Cadernos de atenção básica, n. 23). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse Caderno foi desenvolvido no sentido de sensibilizar e dar subsídio aos profissionais da Atenção Básica, com novas estratégias de abordagem do aleitamento materno e alimentação complementar, em um contexto de redes de atenção a partir da Atenção Básica; visa potencializar ações de promoção da alimentação saudável e de apoio ao aleitamento materno.

8. Manual técnico: Saúde da criança – 1 ano de vida. São Paulo (Cidade).

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. *Programa Mãe Paulistana*. São Paulo, 2006. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual orienta os profissionais da rede de Atenção Básica no acompanhamento dos recém-nascidos de alto e baixo riscos, além do seguimento da criança em seu primeiro ano de vida.

9. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília, DF, 2005. 80p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse livro contém as principais diretrizes, linhas de cuidado e estratégias de ação para a atenção integral da saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil, além da organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança. Sua finalidade é apoiar a organização da assistência à população infantil, possibilitando aos profissionais de saúde e aos gestores estaduais e municipais a identificação das ações prioritárias.

Doenças sexualmente transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) abrangem as infecções transmitidas por via sexual e o conjunto de manifestações clínicas decorrentes dessas infecções. O maior impacto das DST na população em situação de rua decorre do contexto social da vida nas ruas, principalmente da não adoção de práticas seguras nas relações sexuais, dificuldade de acessar os serviços de saúde, uso de drogas e discriminação.

No item “Textos de apoio aos tópicos de condições de saúde e ciclos de vida”, você encontrará um texto que traz aspectos específicos das DST para a população em situação de rua. Consulte-o. Ele poderá ajudá-lo na realização do seu trabalho.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de DST na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Como o paciente chega até a equipe de Consultório na Rua?
- * Quais equipamentos ou instituições acionam a equipe de Consultório na Rua para atender ou investigar um caso de DST?
- * Como é feita a busca ativa de casos de doenças sexualmente transmissíveis no território? Existem buscas ativas individuais em visitas de rua? Existem buscas ativas nos equipamentos sociais?
- * Quais os sinais e sintomas que a equipe utiliza para a busca ativa de casos (verrugas, corrimentos e feridas)?
- * Que material é usado para a realização dessas buscas ativas?
- * Que instrumental/ferramenta a equipe utiliza para registro de investigados e identificados com suspeita de possuírem uma DST?
- * Onde são oferecidos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites em seu município? Os profissionais do Consultório na Rua estão capacitados para a testagem desses agravos?
- * Como a agenda dos profissionais do Consultório na Rua é organizada para receber/acolher esse paciente?
- * Qual é a equipe e/ou profissional que acolhe esse paciente na unidade de saúde? São as equipes de Consultório na Rua ou a equipe da UBS?
- * Existem outros serviços em seu município que poderiam acolher esse caso (serviços especializados em DST, AMA/UPA, prontos-socorros)?

- * Quem realiza a notificação dos casos em ficha específica (Sinam)?
- * Que local [ou órgão, serviço?] em seu município realiza a coleta de CV e CD4/CD8 para início e controle de tratamento dos antirretrovirais?
- * Quais são os serviços em seu território que podem ser referenciados nos casos de hepatites agudas e crônicas? (Gastroenterologista? Infectologista? Hepatologista?)
- * Como se dá o controle/acompanhamento dos casos de DST dentro de sua equipe?
- * Quais instrumentos a equipe utiliza para esse controle? (Planilhas? Cadernos de faltosos? Livro de controle da vigilância?)
- * Em que serviço ou por qual profissional é realizada a cauterização de lesões por HPV?
- * Como se realiza a administração de penicilina benzatina, no caso de sífilis, em pacientes com silicone industrial em glúteo e pernas?
- * Como se dá o cuidado compartilhado entre a equipe de Consultório na Rua e os serviços de saúde da rede do município?
- * Existe um cuidado compartilhado entre equipe de Consultório na Rua e equipe de Assistência Social?
- * Como se dá a distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante pela equipe em seu território? Em que momento a população é orientada em relação ao uso do preservativo? As atividades acontecem de forma individual ou coletiva?
- * Como você entende a relação entre DST e autoestima/projeto de vida?



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Material de apoio

1. Fichas de notificação (Sinam)

As fichas de notificação são usadas em todo o território nacional e deverão ser preenchidas no caso de toda e qualquer DST diagnosticada pelo serviço de saúde. Caso o seu PTS seja de um paciente com alguma DST, o preenchimento dessa ficha deverá ser realizado.

- Ficha de notificação de hepatites. Disponível na biblioteca virtual do curso e em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/nive/fichas/HEPA_NET.pdf.
- Ficha de notificação de doenças sexualmente transmissíveis. Disponível na biblioteca virtual do curso e em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/nive/fichas/DST_NOTIF08.pdf.
- Ficha de notificação de Aids em adulto. Disponível na biblioteca virtual do curso e em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/nive/fichas/Aids_ADU_NET.pdf.
- Ficha de notificação de Aids em menores de 13 anos. Disponível na biblioteca virtual do curso e em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/nive/fichas/Aids_CRI_NET.pdf.

2. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua.

AMIRATI, Katia Muniz; VANNUCCHI, Ana Maria Cortez, LEÃO, Lilian Carvalho. Estratégias da área da saúde para a assistência à população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 169-189.

Esse capítulo traz uma discussão sobre o cuidado de pessoas em situação de rua no que tange às doenças sexualmente transmissíveis, no dia a dia de profissionais de Consultório na Rua.

3. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Brasília, DF, 2005. (Série Manuais n. 68). Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual trata de assuntos como: abordagem integral ao portador de DST (atendimento, aconselhamento e preservativos), abordagem aos parceiros sexuais, vigilância epidemiológica de DST/HIV/Aids, síndromes clínicas principais e suas abordagens sindrômicas e etiológicas (úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e cervicite, dor pélvica), hepatites virais, HPV, prevenção de DST na violência sexual, entre outros.

4. Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF, 2005. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Baseado no *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*, com formato de manual de bolso, tem o objetivo de garantir consulta rápida aos profissionais que estejam diante de situação relacionada a DST/Aids.

5. HIV/Aids, hepatites e outras DST

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília, DF, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 18). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Manual voltado para profissionais da Atenção Básica; ele traz em seu conteúdo o papel das equipes de cuidados primários no manejo do HIV, hepatites e outras DST. Apresenta também aspectos do diagnóstico laboratorial, de tratamento e prevenção das DST.

6. Portal do Ministério da Saúde sobre DST, Aids e hepatites virais

Site sugerido para consulta: <http://www.aids.gov.br/>.

7. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília, DF, 2003. (Série Manuais, n. 57). Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual trata de estratégias e diretrizes para prevenção das DST/Aids a partir de uma perspectiva de gênero, enfocando aspectos específicos das DST/Aids entre as mulheres. Apresenta também temas do contexto social como vulnerabilidades e violência contra a mulher.

8. Hepatites virais: o Brasil está atento

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hepatites virais: o Brasil está atento*. 3. ed. Brasília, DF, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual trata da temática das hepatites virais de forma abrangente, apresentando aspectos que vão desde o diagnóstico até a prevenção, do tratamento às condutas pós-exposição ocupacional. O conteúdo é apresentado por meio de tabelas e fluxogramas, o que facilita a rápida apreensão do tema.

9. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Trata-se de um manual de bolso, especialmente dirigido aos médicos, em particular àqueles que desempenham as suas funções nos serviços de saúde pública. Oferece informações atualizadas sobre aspectos clíni-

cos, epidemiológicos, laboratoriais, tratamento e medidas de prevenção e controle daquelas doenças que, em função de sua magnitude ou gravidade com que acomete a população brasileira, apresentam potencial para, além de danos à saúde dos indivíduos, tornarem-se um importante problema de saúde pública.

10. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. cap., p. 63. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O material traz, nesse capítulo, a experiência de uma equipe de Estratégia Saúde da Família voltada à população de rua de Belo Horizonte/MG e conteúdo prático sobre o cuidado a portadores de DST/Aids.

Feridas e doenças de pele

Cuidar de lesões e feridas de pele exige um esforço por parte de “quem cuida” e de “quem é cuidado”. O “cuidar” da pele extrapola a realização de um curativo; necessariamente, implica garantir adequadas alimentação e hidratação, local para repouso, estabilização de quadros clínicos como hipertensão e diabetes, adequados hábitos de higiene e regularidade nos banhos. Essas situações nem sempre estão disponíveis ou são possíveis na situação de rua, tornando esse cuidado extremamente delicado e desafiador.

E quando a expectativa frente a uma lesão é muito diferente em relação ao profissional e ao paciente? O que fazer quando o profissional deseja e realiza o cuidado a fim de “fechar” uma ferida e, para o paciente, essa mesma ferida representa sua única fonte de renda? Como discutir essas questões, com implicações éticas, sem ferir a autonomia do paciente e, ao mesmo tempo, garantir o cuidado deste?

Propomos um conjunto de questões que poderão auxiliar na discussão sobre feridas e doenças de pele na rua, além dos textos de apoio anexos para subsidiá-la.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de feridas e doenças de pele na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Como se dá a chegada dos casos de pessoas portadoras de feridas na equipe?
- * Como se dá a busca ativa de casos?
- * Onde a equipe costuma levar esse paciente para o primeiro acolhimento? UBS? UPA/AMA? PS? Hospital? Centro de acolhida? Centros de convivência?
- * Como se dá a entrada dos casos no serviço de saúde?
- * A equipe percebe alguma dificuldade para o acolhimento?
- * Em algum momento já foi sugerido, ao paciente, um banho como condição para seu atendimento por parte de profissionais da UBS? Como a equipe lidou com essa situação?
- * Existem profissionais dentro do serviço de saúde que prestam melhor acolhimento a esses casos?
- * Como se dá e onde se dá o cuidado de feridas crônicas?
- * Quais são os ganhos secundários que podem existir para o paciente que mantém sua ferida aberta na rua?
- * Que fatores podem dificultar a melhora da ferida no indivíduo em situação de rua? Estase venosa, falta de repouso adequado, dieta inadequada, irregularidade dos curativos, ambiente adverso para realização do procedimento, descontrole de doenças crônicas como HAS e anemia, o não desejo de cura da lesão, uso abusivo de álcool e tabaco, entre outros?
- * Qual o significado da realização de um curativo na rua pela equipe?
- * Que tipo de feridas a equipe tem localizado nas ruas? Úlcera por pressão? Úlceras vasculares? Ferimentos por arma de fogo? Arma branca? Ferimentos pós-cirúrgicos por inadequação de pós-operatório adequado?
- * Como acessar a rede de especialistas, quando necessário (cirurgião vascular, ortopedista ou dermatologista), e como sensibilizar esses profissionais para condutas que se adequem à realidade da rua?
- * Como se dá a relação entre a equipe de Consultório na Rua e os profissionais responsáveis pela solicitação de materiais na unidade de saúde?
- * Existem horários específicos para a realização de curativos nas pessoas em situação de rua no seu território?

- * Os curativos são realizados na ausência de profissionais de Consultório na Rua?
- * Existem coberturas secundárias para curativos que melhor se adequem à realidade da rua, como manejar o curativo com bota de Unna na rua, como usar produtos para debridamento químico que exijam retornos em dias e tempos específicos para que não piores as lesões?
- * Existe alguma dificuldade para as pessoas em situação de rua portadoras de feridas crônicas acessarem e permanecerem em centros de acolhida?
- * Podemos fornecer material de curativo para que o paciente o faça em seu local de moradia?
- * Como o centro de acolhida se coloca ou discute no seu espaço os conflitos entre moradores decorrentes do odor que, porventura, possa estar presente nas feridas?

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo

Em uma equipe de Consultório na Rua que não possuía meios para garantir o transporte de paciente portador de ferida pós-cirúrgica extensa, foi necessária articulação com a supervisão de assistência social. Tendo em vista que o paciente precisava ter seu curativo realizado dentro de um serviço de saúde, pela necessidade de manejo de materiais do curativo e ambiente o mais limpo possível para o procedimento, foi possível perceber o quanto a articulação da rede torna-se fundamental para a garantia de cuidados adequados.



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum "Diálogos", experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Material de apoio

1. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua.

GAMBA, Monica Antar; MORALES, Dayse Christielle Alves Martins; TADINA, Talline Lígia. Pessoas em situação de rua com anormalidades da pele e feridas: uma proposição! In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 207-219.

Nesse capítulo, o livro traz uma discussão sobre o cuidado de pessoas em situação de rua portadoras de anormalidades de pele e feridas, e seus autores conheceram e “viveram” a rua nas situações de graduação de enfermagem e docência.

2. Procedimentos

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Procedimentos*. Brasília, DF, 2011. 64 p. (Cadernos de atenção primária, n. 30). Disponível na biblioteca virtual do curso.

O Caderno de Atenção Primária *Procedimentos* aborda alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos que podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea. Elenca, de forma objetiva, equipamentos, materiais, medicamentos e insumos que devem estar presentes em todas as UBS, com o intuito de conferir as melhores condições para a realização dos procedimentos em questão, como drenagem de abscesso, lavagem auricular, remoção de corpos estranhos, tratamento de feridas superficiais e coberturas a serem utilizadas, entre outros.

3. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional

SILVA, Maria Cristina Dias; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 222-229, abr./jun. 2010. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse artigo aborda a vivência dos profissionais de serviços básicos de saúde do município do Rio de Janeiro que realizam atividades de educação em saúde no Programa de Controle da Hanseníase. Teve como objetivos compreender o significado dessas atividades e discutir como o conceito de educação em saúde se relaciona com essa prática.

4. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2010. 84 p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual traz uma discussão sobre o funcionamento de um serviço de referência para hanseníase. Aborda assuntos como detecção de casos, diagnóstico e tratamento de hanseníase, bem como prevenção de incapacidades, autocuidado e reabilitação, entre outros.

5. Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Programa de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético. *Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético*. São Paulo, 2009. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual traz conceitos sobre pele, sua anatomia e fisiologia, proposta de fluxograma de atendimento de feridas, avaliação, limpeza e debridamento. Apresenta algoritmos para tratamento de feridas com tecido viável ou inviável, de etiologia cirúrgica, traumática, por pressão, venosa, arterial, neuropática, queimaduras e oncológicas, entre outras.

6. Guia para o controle da hanseníase

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília, DF, 2002. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse guia é dirigido particularmente aos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Objetiva subsidiar os profissionais, esperando que eles possam contribuir para a eliminação da doença no país, evitando a desintegração dos pacientes curados ao convívio na família e na sociedade. Traz assuntos como definição de caso de hanseníase, aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento, estados reacionais, vigilância epidemiológica, educação em saúde, entre outros.

7. Dermatologia na Atenção Básica

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dermatologia na atenção básica*. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de atenção básica, 9). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Nesse manual são abordados diferentes e estratégicos aspectos de cada agravo de pele, desde a sua respectiva descrição, sinonímia, etiologia, reservatório, modo de transmissão, períodos de incubação e transmissão até o diagnóstico, o tratamento, a vigilância epidemiológica e as medidas de controle. Trata-se de um instrumento para o manejo dos pacientes com doenças de pele, sendo um importante auxílio para os profissionais que integram as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica.

8. Abordagem de pequenos ferimentos na atenção primária

OSIRO, Katsumi. *Abordagem de pequenos ferimentos na atenção primária*. São Paulo: UNIFESP, 2011. Curso de Especialização a Distância em Saúde da Família. Disponível em <http://goo.gl/9nnx6Y>.

Trata-se de um pequeno texto que aborda traumatismos superficiais e sua classificação quanto à natureza, profundidade, complexidade e contaminação, bem como tratamento, entre outros, na Atenção Básica.

9. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas*. Brasília, DF, 2002. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O manual traz, de maneira simples e ilustrada, temáticas como: anatomia e fisiologia da pele, fatores que interferem no processo de cicatrização, úlceras e sua classificação, tratamento das úlceras com os mais variados materiais disponíveis na rede de Atenção Básica, como hidrocoloides, alginato de cálcio, carvão ativado, óleo mineral, papaína, filme transparente, entre outros.

Gestação

A gestação constitui um momento/ciclo de vida que remete a diversas mudanças na vida da mulher, do casal, ou até mesmo da família. As expectativas quanto a mudanças do corpo com o evoluir da gestação, os sentimentos ambíguos quanto à chegada de um bebê, as alterações emocionais, os mitos e receios com o cuidado do recém-nascido, a reflexão sobre o papel e o exercício da maternagem, entre outros, são algumas das reflexões que, provavelmente, uma gestante fará ao longo de nove meses.

E na rua? Os anseios e reflexões são os mesmos? Que outras situações a rua traz? Interromper o uso de drogas na gestação, sair das ruas para “viver” a gestação, lidar com uma gravidez indesejada ou até mesmo originada pela violência, retomar o contato familiar frágil, garantir abrigo possível no pós-parto, perder a guarda familiar são questões fundamentais a serem trabalhadas pelos profissionais que realizam o pré-natal de rua e na rua.

Propomos um conjunto de questões que possam auxiliar na discussão sobre a gestação na rua, além dos textos de apoio anexos para subsidiá-la.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de gestação na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * De que maneira a gestante chega até a equipe?
- * De quais maneiras o caso chega para a equipe?

- * Existe busca ativa para o caso? Como e onde se dá a primeira abordagem?
- * Como se dá a chegada da gestante no serviço de saúde (como se insere no serviço de saúde)? Quem realiza o acolhimento desta?
- * Como se dá a chegada da gestante no serviço de assistência social?
- * Todo e qualquer centro de acolhida pode receber uma gestante?
- * Como tem sido a captação precoce de gestantes no seu território? O exame de Pregnosticon urinário é feito na rua? Existe o interrogatório sobre atraso menstrual?
- * Como se dá o acompanhamento de casos como esse em sua equipe?
- * Quais estratégias poderiam ser utilizadas para garantir o cuidado?
- * Como a equipe vai se organizar para compartilhar o cuidado: dividir tarefas, estabelecer prazos, avaliar os resultados, construir o PTS?
- * É possível realizar o pré-natal com a pessoa vivendo na rua?
- * A gestante deseja fazer o pré-natal?
- * Como sensibilizar a gestante para a realização do pré-natal?
- * O exame físico e a ausculta fetal podem ser realizados na rua? Essa estratégia de cuidado na rua pode ser uma forma de sensibilização para a realização do pré-natal na UBS?
- * Caso exista o desejo de saída da rua, o que seu território oferece para esse acolhimento? Como e quem acessa esse local para acolher a gestante?
- * Como garantir a investigação laboratorial da gestante – equipe, horário de coleta, coleta na rua – e exames de imagem? Quem acompanha? Como articular transporte?
- * Como fazer o tratamento de sífilis? Penicilina na rua?
- * Como garantir uma alimentação adequada a essa gestante?
- * Como lidar com o uso de drogas ou álcool nessa situação?
- * Qual o papel do Caps? É possível um cuidado compartilhado?
- * Como acompanhar uma gestante HIV positiva? Qual a rede disponível em seu território? Qual o fluxo para o pré-natal de alto risco?

- * Quando pensar em um cuidado compartilhado com a especialidade ginecologia?
- * Como discutir, com a gestante, o parto e a chegada do RN na rua?
- * Qual a sua responsabilidade como profissional em acionar órgãos como o Conselho Tutelar e a Vara da Infância?
- * A gestante mantém contato com o pai da criança? É possível integrá-lo ao cuidado dessa gestante?
- * Existe um desejo de reaproximação familiar? Quem poderia acionar essa família?



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Já foi feito/acconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo 1

A equipe de Estratégia da Família especial (ESFe) acompanhava uma gestante que se recusava a realizar o pré-natal. A equipe optou por fazer exame físico e ausculta fetal na rua. A partir daquela data, a gestante passou a frequentar a UBS, dando continuidade ao pré-natal na UBS e consolidando a aliança terapêutica. Durante esse período, o pai começou a trabalhar, e, após o parto, a família saiu da situação de rua.

Exemplo 2

A equipe de Estratégia da Família especial (ESFe) acompanhava uma gestante que apresentou, no hospital, o cartão de pré-natal contendo a seguinte informação de endereço: situação de rua. Após o parto, a assistente social fez contato com a ESFe, que confirmou a informação do cartão. Apesar do desejo da mãe de permanecer com a criança, o hospital acionou a Vara de Infância e Adolescência, e o recém-nascido (RN) foi encaminhado para a adoção.

Exemplo 3

A equipe de Estratégia da Família especial (ESFe) acompanhava uma gestante que optou por entrar em trabalho de parto na rua com medo de perder a guarda da criança. Após alguns dias de permanência da mãe e do RN na rua, a equipe de abordagem social fez contato com o avô materno da criança. A mãe então aceitou que o RN fosse cuidado provisoriamente pelo avô, por insistência da família e das equipes da saúde e assistência

social. Três meses depois, a mãe trouxe a criança de volta para a rua, e, em alguns dias, o bebê faleceu em decorrência de pneumonia.

Exemplo 4

A equipe de Estratégia da Família especial (ESFe) formou um grupo de pré-natal para gestantes adolescentes usuárias de *crack* no qual eram utilizadas técnicas de arteterapia. As gestantes participantes do grupo foram informadas de que perderiam a guarda do RN, caso estivessem em situação de rua no momento do parto. Algumas dessas gestantes decidiram sair da rua para uma ocupação após o início do pré-natal.

Material de apoio

1. Ficha de notificação compulsória para gestantes HIV positivo

O preenchimento dessa ficha deve fazer parte do PTS se o caso escolhido for de gestante HIV positivo. Disponível na biblioteca virtual do curso e em <http://goo.gl/2Q4clR>.

2. Ficha de notificação compulsória para gestantes com sífilis

O preenchimento dessa ficha deve fazer parte do PTS se o caso escolhido for de gestante com sífilis. Disponível na biblioteca virtual do curso e em <http://goo.gl/rCjn7T>.

3. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico*. Brasília, DF, 2005. (Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno n. 5). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Nesse manual, você encontrará conteúdos referentes ao cuidado da gestante, não específicos para a gestante em situação de rua. Na medida do possível, devemos seguir essas recomendações.

4. Protocolos de obstetrícia: descrição, diagnóstico, tratamento

KAHHALE, Soubhi; SOUZA, Eduardo de. *Protocolos de obstetrícia: descrição, diagnóstico, tratamento*. São Paulo: Prefeitura de São Paulo: Rede Mãe Paulistana, 2012. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual foi concebido para dar suporte ao médico que atua na área de obstetrícia. O texto oferece orientações para as situações mais comuns na prática obstétrica, como as síndromes hipertensivas, o diabetes melito e as infecções.

5. Protocolo de rotinas básicas de pré-natal normal (de risco habitual ou baixo risco)

Documento síntese de orientação para consulta rápida do profissional durante atendimentos de rotina no pré-natal. Produzido pela coordenação de Atenção Básica, área técnica de Saúde da Mulher, da prefeitura de São Paulo. Disponível na biblioteca virtual do curso.

6. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério

CALIFE, Karina; LAGO, Tania; LAVRAS, Carmen. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS–SP: manual técnico do pré-natal e puerpério*. São Paulo: Secretaria da Saúde/Coordenadoria de Planejamento em Saúde/Assessoria Técnica em Saúde da Mulher, 2010. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual traz um texto extenso (234 páginas) com propostas de ações e procedimentos técnicos que compõem a assistência que deve ser oferecida a todas as usuárias do SUS ao longo da gestação e do puerpério.

7. Atenção à saúde da mulher: protocolo de enfermagem

SÃO PAULO (SP). Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Atenção à saúde da mulher: protocolo de enfermagem*. 3. ed. São Paulo, 2009. Disponível em <http://goo.gl/yS9ZF6>.

Esse manual traz um texto extenso (177 p.) com orientações para o enfermeiro sobre realização do pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino, tratamento sintomático de afecções ginecológicas, entre outras propostas de ações e procedimentos técnicos específicos da enfermagem na saúde da mulher.

8. Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde*. 2. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual traz orientações práticas para o enfermeiro sobre o cuidado à saúde da mulher nas diversas fases da vida.

9. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua

FUBONI, Talline Barbosa; ROSA, Anderson da Silva. Mulheres em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 113-126.

AMIRATI, Katia Muniz; VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; LEÃO, Lilian Carvalho. Estratégias da área da saúde para a assistência à população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 169–189.

O livro traz uma discussão em saúde sobre o cuidado de pessoas em situação de rua realizada por profissionais de saúde que já entraram em contato com essa população nas mais diversas atividades, como graduação de enfermagem em disciplinas eletivas e projetos de extensão, no trabalho na ESF-Rua ou nos estudos sobre o assunto população em situação de rua.

10. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual traz conceitos e práticas de assistência ao parto e puerpério úteis na prática do cuidado em saúde.

11. Calendário de vacinação para gestantes e puérperas

São Paulo (Estado). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Imunização. *Calendário do estado de São Paulo 2013*. São Paulo, 2013. Disponível na biblioteca virtual do curso e em: <http://goo.gl/gd4xaP>

Hipertensão e diabetes

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melito têm alta prevalência em estudos populacionais realizados em cidades brasileiras. Essas duas patologias somadas representam a primeira causa de internação e mortalidade em nosso país. Muitos desses hipertensos e diabéticos desconhecem seu problema. Embora não tenhamos estudos que tratem especificamente desse tema na população em situação de rua, estimamos que o controle dos níveis pressóricos e das taxas glicêmicas desses pacientes seja ainda mais difícil nas condições de vida da rua.

A seguir, propomos um conjunto de questões que possam auxiliar na discussão sobre hipertensão e diabetes na rua, além dos textos de apoio anexos para subsidiá-la.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de hipertensão e diabetes na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Quais equipamentos ou instituições acionam a equipe de Consultório na Rua para atender ou investigar um caso de hipertensão ou diabetes?

- * Como o paciente chega até a equipe de saúde?
- * Como é feita a busca ativa de casos no território? E buscas ativas em visitas? Buscas ativas coletivas com aferições sistemáticas de pressão? Realização de glicemia capilar para pacientes com alto risco? Discussão de casos com técnicos dos espaços da rede de assistência social para detecção precoce dos casos?
- * Quem é o profissional que faz o acolhimento desse paciente no serviço?
- * Quais as ações iniciais para o controle e rastreamento de complicações para esse paciente?
- * Como fazer o diagnóstico de hipertensão no uso regular e contínuo de álcool?
- * Em que momento deve-se pensar na administração de anti-hipertensivo para minimizar eventos cardiovasculares?
- * Como se dá o controle e atendimento dos hipertensos e diabéticos em seu território?
- * Como se dá o controle de faltosos e de exames alterados desses pacientes? Que profissional se responsabiliza por esse controle? Que estratégias e mecanismos esse profissional utiliza para o controle?
- * Como pensar e organizar, com o paciente, uma dieta fracionada? Como garantir uma alimentação adequada para esse paciente? É realizado o recordatório alimentar nos atendimentos? Como discutir, no centro de acolhida, a possibilidade do café sem açúcar? Esse paciente tem acesso a frutas e legumes no seu dia a dia? Os alimentos disponíveis em uma refeição desse indivíduo poderiam ser guardados para que ele os comesse na outra, a fim de garantir uma dieta mais fracionada?
- * Como negociar com o centro de acolhida uma alimentação mais adequada para o paciente?
- * Existe no seu território um nutricionista que poderia auxiliar a equipe nessa situação, por exemplo, um nutricionista do Nasf-AB ou um nutricionista da Secretaria de Assistência Social?
- * Quais pacientes devem receber visitas regulares da equipe?
- * Quais pacientes precisam ser acompanhados por algum profissional da saúde ou assistência na realização de exames como ECG ou USG abdominal?
- * Caso o paciente seja diabético insulino dependente, existe um fluxo para obtenção de glicosímetro para pessoas em situação de rua em seu município?

- * Quanto tempo a insulina pode ficar fora da geladeira?
- * Onde a insulina poderia ser armazenada, no caso de alguém que mora nas ruas ou nos centros de acolhida?
- * Como garantir o cuidado com os pés do morador de rua, como reduzir danos?
- * Quais os locais [serviços] em seu território que poderiam auxiliar a equipe na distribuição de meias e calçados, assim como a manejar feridas no pé diabético?
- * Podemos realizar curativos de feridas crônicas na rua? Como proceder utilizando-se a técnica mais adequada?
- * Qual o significado da realização de um curativo nas ruas para o vínculo com a equipe?

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo 1

A fim de realizar um controle adequado dos hipertensos e diabéticos do território, a equipe de saúde organiza listas de pacientes com cada uma das patologias, bem como possui um livro de controle de faltosos que garante a convocação de casos com tratamento inadequado. Além disso, realiza sistematicamente controle e vigilância de exames alterados para condutas e orientações em tempo adequado para o indivíduo.

Exemplo 2

Na equipe, existem grupos de buscas ativas coletivas para hipertensão dentro dos equipamentos da rede de assistência social, com aferições de PA pelos auxiliares de enfermagem da equipe e com posterior grupo educativo de orientações, e os casos que apresentam alterações pressóricas são discutidos na reunião de equipe.

Material de apoio

1. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Linhas de cuidado*: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF, 2010. Disponível na biblioteca virtual do curso.



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum "Diálogos", experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

O material traz uma proposta de avaliação de linhas de cuidado para hipertensão e diabetes em um município do Estado de São Paulo. Apresenta fluxos e organograma sobre diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão e diabetes. Tem como referência bibliográfica os Cadernos, que se encontram na íntegra no manual.

- Cadernos de Atenção Básica – n. 14: *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. Disponível na biblioteca virtual do curso.
- Cadernos de Atenção Básica – n. 15: *Hipertensão arterial sistêmica*. Disponível na biblioteca virtual do curso.
- Cadernos de Atenção Básica – n. 16: *Diabetes mellitus*. Disponível na biblioteca virtual do curso.

2. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 4, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível na biblioteca virtual do curso e em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

O material traz a discussão e as últimas atualizações sobre conceituação, epidemiologia e prevenção primária da hipertensão, diagnóstico e classificação, avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco, decisão terapêutica e metas, tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional, tratamento medicamentoso, hipertensão arterial sistêmica secundária, hipertensão e condições clínicas associadas, entre outros.

3. Manual técnico: saúde do adulto

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual técnico: saúde do adulto*. 2. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Direcionado para o profissional enfermeiro, esse material traz em seu Capítulo 2, “Doenças e agravos não transmissíveis”, o seguinte conteúdo teórico para hipertensão, diabetes melito e dislipidemias: definição, epidemiologia, fatores e estratificação de risco, rastreamento, fluxograma de acompanhamento, elementos da consulta de enfermagem e os principais cuidados a serem seguidos.

4. Manual para auxiliares de enfermagem: assistência ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual para auxiliares de enfermagem: assistência ao portador de hipertensão arte*. São Paulo, 2007. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Direcionado para o profissional auxiliar de enfermagem, esse material traz um conteúdo teórico sobre hipertensão e diabetes: epidemiologia e fisiologia, fatores de risco, complicações agudas e crônicas, fluxograma para buscas ativas, acompanhamento, tratamento, orientações alimentares, técnicas de enfermagem para aferição da pressão, peso, estatura, circunferência abdominal, coleta de glicemia capilar, preparo, administração e armazenamento de insulina, técnicas de trabalho em grupo, vínculo e trabalho em equipe.

5. Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS)

YAMADA, Aparecida Teruko Tominaga; LAVRAS, Carmen; DEMUNER, Maris Salete (Org.). *Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS)*. São Paulo: SES/SP, 2011. 68p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual é voltado para os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde que cuidam de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Traz em seu conteúdo a epidemiologia da doença, os fatores de risco (idade, etnia, fatores socioeconômicos, obesidade, sedentarismo, entre outros), o diagnóstico (história clínica, exame físico, avaliação laboratorial, identificação de lesões subclínicas de órgãos, índice tornozelo braquial, medida de pressão), a classificação da HAS, a estratificação de risco e decisão terapêutica, o trabalho multiprofissional, o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso, o tratamento nas complicações hipertensivas agudas e hipertensão secundária.

6. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua

OS PROBLEMAS clínicos mais comuns junto a população em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). cap. 7, p. 69-71. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O material traz a experiência de uma equipe de Estratégia Saúde da Família voltada para a população de rua de Belo Horizonte/MG e o conteúdo prático, por meio de estudo de caso, sobre o cuidado a portadores de doenças crônicas, com uma proposta de utilização de lista de problemas e índice de autonomia como ferramenta para o cuidado.

Idoso

Cuidar do idoso em situação de rua é um dos grandes desafios para a equipe de saúde e assistência. O envelhecimento na rua destaca a ausência/precariedade de políticas públicas voltadas para essa população. Cabe à equipe de saúde dimensionar o número de idosos em seu território, bem como compreender suas necessidades de saúde e

No item “Textos de apoio aos tópicos de condições de saúde e ciclos de vida”, há um trecho com aspectos específicos sobre idoso em situação de rua e outro com a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Consulte ambos. Eles poderão ajudá-lo na realização do seu trabalho.

assistência, entender a maneira como circulam nesse território, a rede de apoio que utilizam e pensar em estratégias de cuidado.

É fundamental e de responsabilidade da equipe intersetorial elaborar maneiras de garantir o cuidado para os idosos, pensando inclusive em instrumentais para a realização da avaliação. A equipe deve pensar em locais adequados para sua moradia, identificar em sua rede espaços de cuidado específicos para essa população.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de idosos na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Como o caso de um idoso chega para a equipe de Consultório na Rua?
- * Quais são os equipamentos e serviços do território que auxiliam na localização dos casos de idosos?
- * Existe busca ativa para os casos de idosos no território? De que forma ela se dá?
- * Como se dá a chegada desses casos no serviço?
- * Quem realiza o acolhimento desse idoso?
- * Existem serviços de acolhida específicos para idosos em seu território? Como se dá o fluxo de acesso a esses espaços?
- * Como são organizadas as agendas dos profissionais do Consultório na Rua e da UBS para esse tipo de atendimento?
- * Em que momento se discute o envelhecimento na rua em sua equipe?
- * Qual a dimensão quantitativa de idosos em seu território?
- * Qual a rede existente em seu território que atende às necessidades específicas dos idosos?
- * Como a equipe tem pensado em seu cuidado?
- * Como a equipe avalia o grau de independência dos idosos de seu território para as atividades de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária?

- * Os espaços de abrigo hoje disponíveis em seu território são adequados para o cuidado desses indivíduos?
- * Existem rampas de acesso? Existem elevadores para idosos com dificuldade de locomoção?
- * Como se dá a avaliação de riscos de quedas nesses idosos?
- * Como se dá a avaliação da autonomia dos idosos na tomada de medicações?
- * Qual ou quais profissionais dentro da equipe se identificam com as questões relativas ao idoso e poderiam auxiliar na articulação dessa rede específica existente?
- * Que órgãos poderiam ser acionados para discutir o idoso em situação de rua?

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo

Em uma UBS na região central do município de São Paulo, por iniciativa da equipe de Consultório na Rua, construiu-se um grupo de trabalho que discute a temática do idoso na rua. Desse grupo participam pessoas da Promotoria Pública do Município para as questões do idoso, da Defensoria Pública do Município, da delegacia especializada na proteção do idoso, da Coordenadoria de Assistência Social especial à população em situação de rua, gerentes de serviços de acolhida especial à população idosa, representantes da Supervisão Técnica de saúde que gerenciam a Política Municipal de Cuidado ao Idoso, a Direção Técnica da UBS de referência onde a equipe de Consultório na Rua atua, universidades que realizam ações e possuem grupo de discussão sobre o idoso na rua, entre outros atores. Essa ação intersetorial tem contribuído para a promoção de abrigo desse segmento da população em situação de rua.



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Material de apoio

1. Estatuto do idoso

Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível na biblioteca virtual do curso.

2. Estatuto do idoso em formato de manual

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso em formato de manual*. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2009. 70 p. (Série E. Legislação de saúde). Disponível na biblioteca virtual do curso.

3. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela saúde 2006, v. 12). Disponível na biblioteca virtual do curso.

4. Guia prático do cuidador

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. 2. ed. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível na biblioteca virtual do curso.

O guia traz, de maneira simples, informações para o cuidador (de idosos ou não). Reflete sobre o cuidado, o autocuidado, a importância do cuidado a quem cuida. Informa sobre os serviços disponíveis e sobre os direitos de quem cuida e de quem é cuidado. Apresenta informações sobre cuidados no domicílio para pessoas acamadas com limitações físicas (higiene, assaduras, cuidados com a boca), dicas sobre alimentação saudável, sobre como acomodar pessoas na cama e fazer a mudança de posição do corpo, exercícios, adaptação de ambiente, vestuário adequado, cuidados com as úlceras por pressão, sonda vesical, entre outros.

5. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice

Traduzido pela Secretaria do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf

Nesse documento, profissionais da saúde criteriosamente escolhidos pelo seu saber e pela sua liderança no desenvolvimento de programas e de políticas públicas de prevenção de quedas apresentam e discutem ampla e profundamente as questões relacionadas aos temas contidos nesse relatório. Trata-se de um documento que aborda os principais aspectos relacionados ao tema (como magnitude das quedas, envelhecimento ativo, desafios ligados à prevenção das quedas, modelos de prevenção, entre outros) e dá subsídios para que os gestores possam implantar políticas públicas intersetoriais, assumindo então a **prevenção de quedas em pessoas idosas** como uma prioridade de saúde pública frente ao envelhecimento no Brasil.

A versão original deste documento está disponível no site http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html.

6. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF, 2007. 192 p. (Cadernos de atenção básica, n. 19). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse Caderno foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população.

7. Manual de atenção à pessoa idosa

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual de atenção à pessoa idosa*. 2. ed. São Paulo, 2012. 66 p. (Série Enfermagem). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Trata-se de um manual direcionado à equipe de enfermagem, em especial ao profissional enfermeiro, que discute a avaliação e a assistência de enfermagem gerontológico-geriátrica. Apresenta fluxogramas de atendimento ao idoso, discute a consulta de enfermagem e a assistência nos agravos comuns nessa população, como quedas, demências, incontinência urinária, osteoporose, entre outros.

8. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF, 2005. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse Plano de Ação pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, tendo em vista o resultado de planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Constitui-se um instrumento que reforça os objetivos de implementar a Política de Promoção e Defesa dos Direitos aos segmentos da população idosa do Brasil, dentro de um enfoque do respeito, de tolerância e da convivência intergeracional.

9. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua

BRÊTAS, Ana Cristina Passarelli; ROSA, Anderson da Silva; ROSA, Andressa da Silva. Pobre, velho e na rua: um trinômio que exige cuidado. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 127-138.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarell et al. Envelhecimento sem-teto: reflexões sobre violência. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 139-154.

PEREIRA, Clara Maria Conde et al. O processo de morrer e a morte em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 155-168.

Seus autores conheceram e “viveram” a rua nas situações de graduação de enfermagem e docência, nos três capítulos referenciado o livro traz uma discussão sobre o cuidado de pessoas em situação de rua e o envelhecimento.

10. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento*. Brasília, DF, 2008. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Trata-se de um manual que orienta o preenchimento da caderneta de saúde do idoso, que representa um instrumento que pode auxiliar o profissional de saúde e o próprio idoso em seu cuidado. Contém informações sobre os dados de identificação pessoal, telefones úteis para contato, problemas de saúde atuais, medicações em uso, controle de pressão arterial, glicêmica e peso, entre outros.

11. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2009. 36 p. – (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Manual elaborado com o objetivo de oferecer subsídios aos profissionais de saúde, apresentando medidas práticas para o preparo e o consumo dos alimentos, as quais podem contribuir para promover mais prazer, conforto e segurança durante as refeições diárias da pessoa idosa.

12. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Os dados apresentados nesse artigo mostram que a maioria das quedas ocorreu entre idosos do sexo feminino (66%), com idade média de 76

anos, no próprio lar do idoso (66%). As causas foram relacionadas, principalmente, ao ambiente físico (54%), acarretando sérias consequências aos idosos, sendo as fraturas as mais frequentes (64%). Elas têm grande impacto na vida do idoso no que se refere às atividades da vida diária e provocam maior dependência para a realização de atividades como: deitar/levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar unhas dos pés, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e subir escadas.

13. Quedas em idosos. Projeto Diretrizes AMB e CFM

PEREIRA, S. R. M. et al. *Quedas em idosos*. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008. Projeto Diretrizes AMB e CFM. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

O material tem como objetivo estabelecer a importância clínica e epidemiológica das quedas entre idosos, bem como identificar os principais fatores de risco e analisar a efetividade das principais intervenções para a prevenção de quedas entre a população idosa.

14. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O artigo tem como objetivo identificar fatores associados a quedas e às quedas recorrentes em idosos vivendo na comunidade. Determina o risco relativo de cada fator como preditor para quedas e conclui que o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida demandam ações preventivas e reabilitadoras no sentido de diminuir os fatores de risco para quedas, como o comprometimento da capacidade funcional, a visão deficiente e a falta de estimulação cognitiva.

15. Quem mandou ficar velho e morar na rua?

BRETAS, Ana Cristina Passarella et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 476-481, 2010. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O artigo tem como objetivo abordar o significado do envelhecimento na rua para um idoso em situação de rua. Apresenta a rua como um ambiente, quase sempre, hostil para o idoso. Traz uma reflexão sobre como as condições de vida do idoso em situação de rua levam a um processo gradual da perda da autoestima, interferindo no processo de cuidado.

Infestações

As inadequadas condições de higiene, a dificuldade de acesso ao banho, a irregularidade nas trocas de roupas de cama nos centros de acolhida e a escassez de locais de lavagem de roupas na rua fazem com que as infestações, que usualmente seriam fáceis de resolver, apresentem-se como um problema, um grande desafio àquele que cuida diretamente da população de rua. A pediculose e a escabiose passam de doenças simples para situações extremamente complexas na rua.

Propomos a leitura de alguns textos de apoio anexos para subsidiá-lo no desenvolvimento de seus trabalhos e, a seguir, um conjunto de questões para enriquecer a discussão sobre infestações na população em situação de rua.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de infestações na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Como se dá a chegada dos casos de pessoas com infestações por parasitas na equipe?
- * Como se dá a busca ativa desses casos na rua? E nos equipamentos sociais?
- * Como se dá a entrada dos casos no serviço de saúde? A equipe percebe alguma dificuldade dos profissionais para o acolhimento? Em algum momento, já foi sugerido ao paciente um banho como condição para seu atendimento por parte de profissionais da UBS? Como a equipe lidou com essa situação?
- * Existem profissionais dentro do serviço de saúde que prestam melhor acolhimento a esses casos? Onde a equipe costuma levar esse paciente para o primeiro acolhimento? UBS? UPA/AMA? PS? Hospital? Centro de acolhida? Centros de convivência?
- * Como se dá e onde se dá o cuidado de casos de infestações por parasitas?
- * Quais fatores podem dificultar a melhora dos casos no indivíduo em situação de rua?
- * Como sensibilizar os profissionais para condutas que se adequem à realidade da rua para o cuidado das infestações?

- * Os cuidados são realizados na UBS, na ausência de profissionais do Consultório na Rua?
- * Existe alguma dificuldade para pessoas em situação de rua com infestações por parasitas acessarem e permanecerem em centros de acolhida?
- * Como o centro de acolhida se coloca ou discute no seu espaço conflitos entre moradores em razão do grande risco de transmissão de parasitas?
- * Quais os espaços em seu território que oferecem banho e roupas para a população em situação de rua? Como e quem acessa esses espaços?

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo

Com as visitas regulares a um centro de acolhida, a equipe de Consultório na Rua percebeu um alto número de casos de escabiose no local. Entendeu que, apesar das intervenções individuais, como uso de medicação, troca de roupas diárias, exposição das roupas ao sol, complementadas com as orientações à coordenação do espaço, como lavagem e troca das roupas de cama com maior frequência, era necessária uma intervenção mais rápida e propositiva, quem sabe até punitiva, para que outras mudanças pudessem ocorrer naquele espaço, a fim de garantir um local mais limpo e seguro para a população cuidada. Acionar a Vigilância Sanitária naquele momento gerou conflitos entre a equipe de Consultório na Rua e a equipe do centro de acolhida, as quais precisaram reunir-se e rediscutir os objetivos do trabalho, os papéis de cada uma das equipes, a possibilidade de cuidados compartilhados, a importância da rede intersetorial, entre outros.



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum "Diálogos", experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Material de apoio

1. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. cap. 7, p. 58-59. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível na biblioteca virtual do curso.

2. Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)

Disponível em:

- <http://www.sbd.org.br/doenca/escabiose.aspx>

Traz um breve texto sobre transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da escabiose.

- <http://www.sbd.org.br/doenca/pediculose.aspx>

Traz um breve texto sobre contágio, sinais e sintomas e tratamento da pediculose.

3. Escabiose: atualização farmacoterapêutica

ESCABIOSE: atualização farmacoterapêutica. Clin-Alert, São Paulo, ano 1, n. 2, [2005]. Publicação do Centro de Informações sobre Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Disponível na biblioteca do curso.

Traz informações sobre epidemiologia, regiões mais afetadas pelo corpo e farmacoterapia.

4. Controle da pediculose: um projeto educativo. Manual do Professor

FERNANDO, Andrade Carlos; SANTOS, Luciana U. dos; CECÍLIO, Ana Tereza Brandão. Controle da pediculose: um projeto educativo: manual do professor. Campinas: Departamento de Zoologia/Instituto de Biologia/Unicamp, 2000. Disponível em: <http://www.piolho.org.br/artigos/apostila.pdf>

O manual traz informações sobre biologia do parasita, mitos e verdade sobre ele e controle da infestação.

Saúde bucal

A alta demanda por cuidados em saúde bucal é descrita na população em situação de rua de diversos países (CAMPBELL et al., 2015). Pessoas em situação de rua apresentam piores condições de saúde bucal que a população em geral. Processos inflamatórios, dores e má aparência nos dentes e na boca podem resultar em prejuízos sociais e psicológicos, além de outros impactos gerais na saúde (FORD et al., 2014). A precariedade da condição de saúde bucal é geralmente aceita e associada a uma naturalização deste estado, como se fosse parte do processo de exclusão social. As representações da saúde bucal neste grupo social se assemelham a outras visões da sociedade como, por exemplo: a vinculação de saúde limitada a tratamento, higiene e estética, e totalmente a parte das concepções de integralidade do cuidado e cidadania (SILVEIRA et al., 2008).

Em estudo que investigou o acesso ao cuidado odontológico entre pessoas em situação de rua na Irlanda, os participantes descreveram

dificuldades de acessar os serviços, baixos níveis de atendimento odontológico preventivo, e pouca oferta de atenção em caso de emergências odontológicas. Também mencionaram o uso frequente de substâncias para se automedicar em situação de dor dentária. O grupo estudado apresentou consciência dos efeitos nocivos dos produtos açucarados e do uso de substâncias na saúde bucal. Os participantes enfatizaram a importância do atendimento odontológico preventivo e estética dentária no processo de recuperação de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (VAN HOUT; HEARNE, 2014). Entre os brasileiros em situação de rua, os participantes de um estudo realizado em Blumenau apresentaram a compreensão do significado de saúde bucal como conceito limitado à ideia de higiene oral e dependente da atuação “curativa” do profissional especializado (SILVEIRA et al., 2008).

As experiências relacionadas ao cuidado em saúde bucal das pessoas em situação de rua no Brasil têm sido vinculadas às Unidades Odontológicas Móveis (UOM). As UOM constituem o componente móvel da atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Foram instituídas em 2009 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 2371. É um dispositivo vinculado à esfera de ação da atenção básica. Segundo a Portaria n. 2.371, datada de 7 de outubro de 2009, as UOM são:

... consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Assim, as UOM devem ser compostas por veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com: cadeira odontológica completa, kit de peça de mão contendo caneta de alta e baixa rotação, aparelho de RX-periapical, compressor odontológico, aparelho amalgamador, aparelho fotopolimerizador e autoclave.

Em alguns municípios brasileiros houve uma escolha da área técnica de Saúde Bucal para que as UOM financiadas pelo Ministério da Saúde tivessem seus atendimentos direcionados para a população em situação de rua. Atualmente existem sete UOM ligadas ao Programa Consultório na Rua, distribuídas pelo país.

Os municípios de Maceió (01), João Pessoa (01), Curitiba (01), Natal (01) e São Paulo (03) contam com UOM.

Fórum

Para a construção de um PTS que envolva atenção à saúde bucal na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problemati-

zação, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Como se dá a chegada dos casos de pessoas com problemas de saúde bucal na equipe?
- * A equipe de Saúde Bucal faz parte de sua eCR?
- * Como se dá a busca ativa desses casos na rua? E nos equipamentos sociais?
- * Como se dá a entrada dos casos no serviço de saúde? A equipe percebe alguma dificuldade dos profissionais para o acolhimento? Em algum momento, já foi sugerido ao paciente um banho como condição para seu atendimento por parte de profissionais da UBS? Como a equipe lidou com essa situação?
- * Quais os espaços em seu território que oferecem banho e roupas para a população em situação de rua? Como e quem acessa esses espaços?
- * Os cuidados são realizados na UBS, na ausência de profissionais do Consultório na Rua?
- * Existem profissionais dentro do serviço de saúde que prestam melhor acolhimento a esses casos? Onde a equipe costuma levar esse paciente para o primeiro acolhimento?
- * Como se dá e onde se dá o cuidado de problemas relacionados à saúde bucal das pessoas em situação de rua do seu território?
- * Como se dá o início de tratamento em saúde bucal das pessoas em situação de rua de seu território? Existe uma triagem odontológica para estas pessoas, para só então fazerem o agendamento para iniciar os cuidados?
- * Existe uma priorização nos cuidados e fluxo diferenciado na entrada para cuidados odontológicos de pessoas em situação de rua?
- * Como se dá a avaliação de lesões suspeitas para câncer de língua ou boca das pessoas em situação de rua? Isto está incorporado no processo de trabalho das eCR?
- * Quais fatores podem dificultar a melhora dos casos no indivíduo em situação de rua?
- * Como sensibilizar os profissionais para condutas que sejam adequadas à realidade da rua para o cuidado à saúde bucal?
- * Qual é o fluxo de confecção de próteses na rede de atuação da sua eCR?

- * Como se dá e onde se dá o atendimento de urgência e emergência em Saúde Bucal no seu território? Na Atenção Básica e unidades de saúde? Nos serviços de pronto socorros?
- * Como se dão os processos educativos e orientações em saúde bucal das pessoas em situação de rua em seu território?

Já foi feito/aconteceu assim:

Aqui você encontra resultados das experiências iniciais de cuidado à saúde bucal das pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você poderia compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo:

Na cidade de São Paulo, a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) escolheu distribuir três Unidades Odontológicas Móveis (UOM) para atender as pessoas em situação de rua. O processo de implantação dessas UOM envolveu, sistematicamente, um grupo de trabalho composto por interlocutores de Consultórios na Rua e interlocutores de Saúde Bucal das Coordenadorias Regionais de Saúde e/ou Supervisões Técnicas de Saúde, bem como as áreas técnicas de Consultórios na Rua e Saúde Bucal de SMS, e interlocutores da instituição parceira da UOM (em São Paulo – a Organização Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto). Este grupo de trabalho avalia mensalmente ou bimensalmente o processo de trabalho das equipes. A avaliação leva em conta metas de número de atendimentos, a taxa de absenteísmo e possíveis causas para tal, sugerindo intervenções; assim como o processo de chegada do paciente até a UOM (o paciente acompanhado pela UOM deverá estar vinculado à equipe de Consultório na Rua). O grupo também discute o número de equipes que serão referência para determinada UOM. Em São Paulo as UOMs atualmente estão instaladas uma dentro de um serviço de saúde (no estacionamento de uma UBS), uma dentro de um serviço de Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social (centro POP) e uma dentro de uma grande casa de uso de drogas (região da Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo – CEAGESP – Vila Leopoldina).

Existe um trabalho muito articulado entre Consultórios na Rua, Saúde Bucal e o direcionamento na área técnica para que todas as unidades de saúde garantam o cuidado em saúde bucal nas UBS onde existam pessoas em situação de rua, em especial aquelas com eCR. Outra situação que se destaca no trabalho da UOM em São Paulo é a confecção de próteses dentárias (procedimento que embora seja preconizado, não é feito pelas equipes de atenção básica de saúde bucal). A confecção de

próteses dentárias tem se mostrado como um dos grandes facilitadores de vínculo e cuidados continuados com os pacientes.

As equipes de saúde bucal, vinculadas às Unidades Moveis de Saúde do Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto observaram que as principais causas de problemas bucais nas pessoas em situação de rua atendidas pelas eCR têm relação com o uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas). Também descreveram como fatores importantes desta condição os problemas respiratórios e causas externas (acidentes e violência). A inserção da equipe de saúde bucal junto ao consultório na rua tem possibilitado maior vínculo e melhor acompanhamento dos pacientes.

Material de apoio

1. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. cap. 7, p. 76-78 (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível na biblioteca virtual do curso.

2. Saúde Bucal

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

3. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. 16p, 200.

Transtorno mental

O transtorno mental pode ser um fator contribuinte para que a pessoa viva em situação de rua; por outro lado, as condições de vida nas ruas colaboram para o aparecimento da doença mental. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde piora ambas as condições. Trata-se de uma relação complexa.

Para os serviços de saúde e de assistência social, a população em situação de rua traz a necessidade de que se formulem novas abordagens capazes de superar os desafios do cuidado nessas condições. Nos anexos deste material, você encontrará um texto que traz aspectos importantes do cuidado ao portador de transtorno mental na Atenção Básica.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de portadores de transtornos mentais em situação de rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Quais equipamentos ou instituições acionam a equipe de Consultório na Rua para atender ou investigar um caso de transtorno mental? E para um caso de deficiência mental?
- * Como o paciente chega até a equipe de saúde?
- * Como é feita a busca ativa de casos de transtornos mentais e deficiências mentais no território? Buscas ativas em visitas? Discussão de casos com técnicos dos espaços da rede de assistência social? Discussão de casos com as equipes de saúde mental do território?
- * Quem é o profissional que faz o acolhimento desse paciente no serviço? Todos os profissionais da equipe se sentem preparados para acolher esse paciente?
- * Como se dá o contato entre as equipes de Consultório na Rua e Caps (Centros de Atenção Psicossocial) de seu território? Em que momento a equipe discute casos? As equipes realizam abordagens conjuntas? Você conhece a equipe de Nasf-AB de seu território? Ela possui técnicos em saúde mental?
- * Qual a rede hospitalar e ambulatorial para casos graves de saúde mental em seu território? Qual a relação que a equipe de Consultório na Rua estabelece com essa rede? Em seu município existem outros órgãos/serviços que prestam cuidados ao portador de transtorno/deficiência mental? APD – Acompanhante ao portador de deficiência? Secretaria de apoio ao portador de transtorno mental? Apae? Defensoria pública ao portador de transtorno mental?
- * Quais os fluxos estabelecidos entre esses serviços e o Consultório na Rua?
- * O médico clínico de sua equipe se sente preparado/capacitado para manejar casos de transtorno mental? Como o “matriciamento” poderia auxiliá-lo nesse acompanhamento?
- * É possível a realização de tratamento supervisionado (com psicotrópicos) para portadores de transtornos mentais?

- * Quais são os casos graves que possuem indicação de internação médica involuntária? A equipe de Consultório na Rua pode realizar essa ação? Qual a estrutura necessária para tal – equipe treinada, faixas de contenção, leito hospitalar, transporte adequado, prescrição medicamentosa, relatório médico, equipe de segurança pública, se necessário?
- * Como garantir a continuidade de cuidados na pós-alta hospitalar? Como acompanhar os casos durante a internação? Quais são os espaços adequados existentes em seu território para acolher pessoas portadoras de transtornos mentais?
- * Como discutir, com o centro de acolhida, o auxílio na administração de medicamentos psicotrópicos para pacientes sem autonomia para tal? Existe respaldo técnico para essa equipe? Como a Vigilância Sanitária do município poderá auxiliar a equipe nessa temática?
- * Como se organizam os espaços de atendimento ao portador de transtorno mental?
- * Como se dá e por meio de quem se dá o controle da administração de medicações de depósito, como alguns antipsicóticos?



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo

Com o objetivo de garantir o cuidado ao portador de transtorno mental grave, a equipe de Consultório na Rua tem discutido e realizado algumas estratégias:

- * Tratamento supervisionado diário de antipsicótico realizado pelo agente comunitário de saúde no centro de acolhida onde o paciente mora. O agente de saúde administra a medicação sob a supervisão da equipe técnica do Consultório na Rua e por meio do matriciamento com a psiquiatria da unidade básica.
- * Levantamento de casos dos pacientes portadores de transtornos mentais, moradores de um centro de acolhida na Zona Norte de São Paulo, que as equipes de saúde e assistência social percebiam com perda parcial de autonomia para as atividades instrumentais de vida diária. Elaboração de documento redigido conjuntamente

e encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

Material de apoio

1. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social

SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. S. *AS Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social*, Epidaurus: Medicina e Arte, São Paulo, 2016. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

2. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível na biblioteca virtual do curso.

3. Declaração Universal dos Direitos Humanos

Adaptada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução n. 217A (III), de 10 de dezembro de 1948 – Publicada no Diário da República, I Série A, n. 57/78, de 9 de março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível na biblioteca virtual do curso.

4. Cartilha direito à saúde mental

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Cartilha direito à saúde mental*. Brasília, DF, 2008. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Trata-se de uma cartilha destinada a usuários, familiares e a toda comunidade, que tem o intuito de aprimorar e realizar a contento um dos objetivos da Constituição Federal: “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1998). Busca esse objetivo respondendo de maneira simples a várias perguntas, como: O que é direito à saúde mental? Quais são os direitos da pessoa com transtorno mental? Quais são os serviços substitutivos extra-hospitalares para as pessoas com transtorno mental? As pessoas com transtornos mentais são perigosas? As pessoas com transtornos mentais devem ser interditadas?

5. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse manual tem a intenção de ajudar gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a saberem um pouco mais sobre os Caps. Traz informações sobre a origem dos Caps, seu crescimento em todo o país, a integração com a rede de saúde, a participação dos usuários e familiares, a distribuição dos medicamentos, a relação com a rede básica, as oficinas terapêuticas, entre outros assuntos.

6. Saúde mental (da série Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental*. Brasília, DF, 2013. 176 p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse Caderno busca estimular e compartilhar o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental na Atenção Básica, além de apresentar ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas que possam dialogar com a sua realidade de profissional de saúde, trazendo cenas e questionamentos fundamentais ao exercício do trabalho com a saúde mental. Traz alguns assuntos, como o cuidado da pessoa em sofrimento, a definição de cuidado, sofrimento, pessoa e território, a construção da rede de cuidados, o Projeto Terapêutico Singular, a abordagem de redução de danos, família e sofrimento, entre outros.

7. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental

RIBEIRO, Mário Sérgio (Org.). *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. 296p.

O livro é destinado a profissionais médicos e não médicos. Constitui-se em um manual ou protocolo assistencial para facilitar o trabalho desses profissionais que atuam na Atenção Básica, nos cuidados ditos de “saúde mental”. Está dividido em três partes: “Identificando problemas” (conceitos de saúde mental e transtornos mentais, possibilidades de rastreamento, entre outros), “Diagnosticando problemas” (principais grupos diagnósticos para a prática clínica em Atenção Básica) e “Intervindo sobre os problemas diagnosticados” (estratégias farmacológicas e não farmacológicas de intervenção).

8. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua

AMIRATI, Katia Muniz; VANNUCHI, Ana Maria Cortez; LEÃO, Lilian Carvalho. Estratégias da área da saúde para a assistência à população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 169–189.

9. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF, 2009. 36 p. – (Série F. Comunicação e educação em saúde). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Essa cartilha é o resultado das inúmeras indagações dos usuários e seus familiares sobre ações de promoção, acessibilidade, prevenção de deficiências, assistência à saúde da pessoa com deficiência e processos de reabilitação, incluindo a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, e bolsas de ostomia, fornecidas pelas unidades de saúde que integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o país.

10. Legislação em saúde mental: 1990-2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004. 340 p. (Série E. Legislação de saúde). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Essa publicação coloca à disposição do público a Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal sobre as Cooperativas Sociais, Leis Estaduais, Portarias do Ministério da Saúde e a Declaração de Caracas, entre outros.

11. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Essa versão do capítulo V da CID 10 tem como objetivo o uso clínico, educacional e assistencial em geral. O livro apresenta uma descrição dos aspectos clínicos principais para se realizar o diagnóstico dos transtornos mentais. Essas descrições e diretrizes diagnósticas não pretendem dar conta da complexidade do cuidado ao portador de transtorno mental em situação de rua, mas são extremamente úteis para definir a abordagem clínica na elaboração do PTS.

12. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários*. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Essa versão do capítulo V da CID 10 tem como objetivo instrumentar o profissional da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental.

O livro apresenta uma descrição dos aspectos clínicos principais para se realizar o diagnóstico dos transtornos mentais, descreve em linhas gerais as orientações que devem ser feitas aos pacientes e familiares, aborda os medicamentos usualmente prescritos na Atenção Básica e traz indicações de quando esse paciente deve ser encaminhado ao especialista. Essas descrições e diretrizes diagnósticas são apresentadas de uma forma facilmente compreensível para os profissionais não especialistas e outros profissionais atuantes nos cuidados primários à saúde.

13. Clínica psiquiátrica

SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque; NETO, Francisco Lotufo. Reabilitação psicossocial em psiquiatria. In: MIGUEL, Euripedes Constantino; GENTIL, Valentim, GATAZZ, Wagner Farid (Org.). *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Ed. Manole, 2011. p. 1432-1443.

A reabilitação psicossocial (RP) é parte essencial do cuidado ao portador de transtorno mental. Esse capítulo trata dos objetivos da RP, apresenta os elementos-chave de um plano de reabilitação e as estratégias no âmbito da organização dos serviços e dos recursos humanos.

14. Ruínas da loucura

RUÍNAS da loucura. Um filme de Karine Emerich e Mirela Kruel. Apoio Fiocruz Vídeo. Porto Alegre: Modus Produtora, 2009. 1 vídeo (26 min). Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=ja_neCn3B1c>.

15. Estamira

ESTAMIRA. Dir.: Marcos Prado. [S.l.: s.n.], 2004. 1 vídeo (116 min).

16. A história de Beta

BRASIL. Ministério da Saúde. *A história de Beta*. Brasília, DF, 2007. 112 p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Travestis e transexuais

Trabalhar com a rua faz com que a equipe reflita o tempo todo sobre o significado e as sensações que as palavras impotência, incapacidade e limites nos trazem. O cuidado das travestis em situação de rua evidencia essas dificuldades, já que nos coloca frente a frente com nossos preconceitos, nossa falta de conhecimento sobre esse grupo que vem conquistando direitos e espaços de discussão. O discurso das travestis em situação de rua revela como os serviços de saúde estão despreparados para atender às necessidades e às demandas trazidas por essa população. Questões referentes à hormonoterapia feminina para um corpo biológico masculino, protetização, transgenitalização

ainda estão muito distantes dos serviços oferecidos pela maioria dos equipamentos da saúde. Na prática, observamos que temos uma tendência a “reduzir” as demandas das travestis e transexuais na rua às DST.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de travestis e transexuais na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * De que maneira as travestis e transexuais chegam até a equipe?
- * A equipe percebe dificuldade de abordagem para essa situação específica?
- * Como se realiza a busca ativa de casos no território?
- * Existe um local de maior concentração desses casos?
- * Existe algum profissional na equipe que mais se identifique com esse público? Como se dá a aproximação com esse público?
- * Como se dá a chegada dessa população ao serviço de saúde?
- * Quais as dificuldades que a equipe percebe no acolhimento dessa população?
- * De que maneira elas são cadastradas no serviço? É usado o nome social para elaboração de cadastro e cartão do SUS?
- * Se os profissionais do Consultório na Rua não estão acompanhando essas pessoas, elas são igualmente acolhidas no serviço?
- * Em algum momento, o serviço já realizou uma discussão sobre as especificidades dessa população? E sobre as leis existentes que lhe garantem o direito à saúde?
- * As equipes conhecem conceitos como identidade de gênero, orientação sexual, identidade sexual, transexuais, travestis, processo de transgenitalização?
- * Quais as maiores dificuldades que a equipe encontra no acompanhamento dessa população? Uso e complicações do silicone industrial? Exploração sexual do corpo? Violências? Alta prevalência de DST? Demanda por hormonoterapia para feminilização do corpo? Locais de aplicação de medicações injetáveis em corpos com silicone?

- * O que existe em sua rede de cuidados para essa população? Centros de referência da diversidade, ambulatório trans, centro de combate à homofobia, redutores de danos com trabalho de educação aos pares?
- * Como se pensa o perfil da equipe e as discussões realizadas para a adequação e melhora no processo de trabalho voltado para esse público?
- * Quais as demandas trazidas por essa população? O que a equipe tem conseguido trazer como respostas efetivas e singulares?
- * Como pensar em estratégias de prevenção de DST com essa população, que usualmente realiza exploração sexual de seu corpo sob efeito de drogas?
- * Qual é o papel dos parceiros dessa população no território? Como se dá o trabalho da equipe com eles?
- * Como acontece a disputa de território dessa população na rua? Ela difere daquela da população não travesti e trans?
- * Existe e, se sim, como se dá a discussão de quais quartos ocupar dentro de um centro de acolhida (quarto feminino ou quarto masculino)?
- * O que é feito dentro dos espaços de saúde e assistência para intermediação de conflitos entre elas?
- * Você avalia que está preparado para prestar o cuidado a essa população?
- * Como você tem buscado se preparar?



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado às pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplo 1

Realização de um “Piquenique na praça” com travestis profissionais do sexo em seu local de moradia (mocós em uma grande praça na Zona Norte de São Paulo). Houve a participação de alunas de enfermagem e profissionais do Consultório na Rua para discutir o uso do preservativo em momentos de intoxicação por drogas, discutir o significado dos abandonos de tratamento de sífilis e HIV/Aids, com a realização de um café da tarde.

A divulgação do evento foi realizada pelo agente de saúde do território e pelas próprias travestis, que convidaram colegas de outras regiões e seus próprios companheiros.

Com o objetivo de identificar e discutir as questões de saúde e promover maior aproximação com o serviço, uma equipe de ESFe realizou os encontros “Café com saúde”, nome dado pelas próprias travestis em situação de rua cadastradas pela equipe. Eram reuniões quinzenais das travestis com profissionais de diferentes áreas e que mantinham vínculo com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região do centro do município. A proposta possibilitou conhecimentos importantes para toda a equipe, contribuindo para a organização do serviço a partir do saber trazido pelas travestis.

Exemplo 2

“A cor da rua”, projeto de extensão da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), realizou um seminário com o objetivo de promover o diálogo entre diversos atores envolvidos com o cuidado às travestis em situação de rua. O evento foi aberto a trabalhadores da saúde, da assistência social e estudantes. A mesa de apresentadores foi composta de uma travesti em situação de rua, dois coordenadores da Secretaria Municipal de Direitos Humanos (para diversidade sexual e para população de rua), uma travesti membro da Comissão de Combate à Homofobia da OAB e um coordenador de Centro de Acolhida que recebe travestis em situação de rua. O encontro reuniu 70 pessoas e estabeleceu um canal direto de comunicação entre as travestis em situação de rua e a Secretaria de Direitos Humanos.

Material de apoio

1. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua

BUFONI, Natalia Tenore; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Travestis em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 93-112.

2. Travesti – prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil

KULICK, Don. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

3. Com unidade: experiências extensionistas

CABRAL, Patrícia; SANTANA, Carmen L. A. de; SOUZA, Eduardo Sodré de. Contribuições e significados do projeto a cor da rua para extensionistas e travestis em situação de rua. In: SILVA, Anna Carolina M. da; BRÊTAS, Ana Cristina

Passarela; SANTANA, Carmen L. A. de. *Com unidade*: experiências extensionistas. São Paulo: Pagina & Letra, 2014.

O capítulo é de autoria de uma travesti em situação de rua em parceria com extensionistas do programa *Com unidade* (Unifesp). Os autores refletem sobre experiências e significados da educação em saúde para travestis em situação de rua.

4. Portaria n. 233, de 18 de maio de 2010

Portaria que regulamenta o uso do nome social por travestis e transexuais.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria n. 233, de 18 de maio de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 maio 2010. Disponível na biblioteca do curso.

Sugestões de links para discussão do assunto:

- * <http://www.mariaberenice.com.br/pt/home.dept>
- * <http://www.direitohomoafetivo.com.br/>
- * <http://www.ibdfam.org.br/>
- * <http://www.abglt.org.br/port/index.php>

5. **Entrevista** com a coordenadora de Diversidade Sexual da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Maria Berenice Dias. Disponível em: <http://goo.gl/v7t517>.

Apresenta a proposta do Estatuto da Diversidade Sexual.

6. Lei n. 10.948, de 5 de novembro de 2001

Disponível na biblioteca virtual do curso.

Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual.

7. Decreto n. 55.588, de 17 de março de 2010

Disponível na biblioteca virtual do curso.

Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas.

8. Decreto n. 55.587, de 17 de março de 2010

Disponível na biblioteca virtual do curso.

Institui o Conselho Estadual dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e dá providências correlatas.

Tuberculose

Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.

.....

- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Manuel Bandeira

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa historicamente conhecida, estudada e debatida, ao mesmo tempo que carrega estigmas, preconceitos e isolamento ao longo dos anos. Tem uma prevalência extremamente alta nas ruas e traz, para as equipes que cuidam: medos, inseguranças, desafios, reflexões, mudanças na prática do cuidado, construção e articulação de rede, trabalho em equipe, estratégias criativas, flexibilização nos processos de trabalho, entre outras coisas.

Os abandonos de tratamento ou até mesmo os óbitos pela doença nos fazem questionar como nós, profissionais de saúde e assistência, temos cuidado desses pacientes; em que momento nos utilizamos do nosso papel de educadores; será que continuamos acreditando e reproduzindo um cuidado prescritivo e punitivo ou produzindo um cuidado dialogado?

Propomos, a seguir, um conjunto de questões que podem auxiliar na discussão sobre a tuberculose na rua.

Fórum

Para a construção de um PTS relacionado a casos de tuberculose na rua, faz-se necessário problematizar alguns pontos sobre estratégias de cuidado já consolidadas na Atenção Básica. Para ajudar nessa problematização, listamos, a seguir, algumas questões que podem ser discutidas no espaço do Fórum deste tópico.

- * Quais equipamentos ou instituições acionam a equipe de Consultório na Rua para atender ou investigar um caso de sintomático respiratório, com suspeita de tuberculose? Como o paciente chega até a equipe de saúde?
- * Como é feita a busca ativa de casos de sintomáticos respiratórios no território? Existem buscas ativas individuais? Existem buscas ativas coletivas nos equipamentos sociais? Que material é usado para realização dessas buscas ativas?
- * Que instrumental/ferramenta a equipe utiliza para registro de investigados e identificados como sintomáticos respiratórios?

E para ampliar ainda mais as discussões sobre o tema, recomendamos a leitura do texto “Tuberculose”, apresentado ao final do item “Textos de apoio aos tópicos de condições de saúde e ciclos de vida”.

- * Quem é considerado o sintomático respiratório na rua? Quanto tempo de tosse?
- * Quem é a equipe e/ou profissional que acolhe esse sintomático respiratório (SR) na unidade de saúde? A equipe de Consultório na Rua ou a equipe da UBS?
- * Como a agenda dos profissionais do Consultório na Rua e da unidade básica é organizada para receber/acolher o SR?
- * Quando (em que momento) é realizada a solicitação do RX de tórax?
- * Como ocorre o oferecimento de vagas para esse paciente em centro de acolhida? A quem é solicitada a vaga para tal? Qual o fluxo estabelecido?
- * Que tipo de sensibilização/capacitação esses espaços possuem para receber esse paciente?
- * O paciente deve permanecer de máscara no centro de acolhida?
- * Há priorização do tratamento supervisionado para os pacientes com tuberculose em situação de rua? (Procure pensar sobre aumento da prevalência de cura, diminuição da prevalência de abandono, atenção direcionada aos efeitos colaterais, oferta e recebimento dos incentivos ao tratamento – cesta básica, passe e lanche.)
- * Existe o tratamento supervisionado nas ruas, com a entrega da medicação para o paciente por profissionais de saúde em seu local de moradia? E nos equipamentos sociais?
- * Com qual rede de apoio a equipe poderia contar para auxílio no tratamento supervisionado? Já houve auxílio ou foi pensada a possibilidade de auxílio de equipamento “informal”, como o responsável pela banca de jornal, o vizinho, o dono do bar; ou, ainda, os equipamentos formais, como a assistente social do albergue ou a equipe de vigilância da UBS?
- * Qual a rede hospitalar existente no seu município para internação no caso de piora clínica dos casos?
- * Existe espaço para internação social em seu município durante o tratamento? Como e quem acessa essas vagas?
- * Como discutir com o paciente a ingestão de álcool concomitante à ingestão medicamentosa? O uso ou a dependência de álcool ou outras drogas inviabiliza o tratamento para tuberculose?

- * Como estão/são organizadas as agendas de consultas para esse paciente ao longo do tratamento?
- * Quais exames laboratoriais são solicitados para o paciente durante o tratamento? De que maneira é feito o controle com baciloscopias durante o tratamento?
- * Como estão/são organizadas as visitas de rua para esse paciente ao longo do tratamento?
- * De que maneira a equipe faz o controle das faltas na tomada de medicação?
- * Como se dá a relação com a estrutura/equipe de vigilância da UBS de referência das equipes de Consultório na Rua?
- * Que estratégias a equipe utiliza no caso de pacientes que são donos de cachorros na rua e desejam internação social? O seu município possui centros de acolhida com canil? Possui canil público? Como a equipe de zoonoses poderia auxiliar a equipe nessa situação?

Já foi feito/aconteceu assim...

Aqui, você encontra exemplos de boas práticas para o cuidado da tuberculose nas pessoas em situação de rua. Que outros exemplos você pode compartilhar com seus colegas de turma?

Exemplos

Como estratégia de melhora do vínculo/aumento das taxas de cura e diminuição das taxas de abandono, algumas equipes de Consultório na Rua já organizaram e pensaram algumas atividades, tais como:

- * “Café da manhã com tuberculose” é um espaço de café da manhã semanal em que a equipe de Consultório na Rua e a equipe de vigilância epidemiológica da unidade se reuniam e, junto com os pacientes, discutiam dificuldades no tratamento, efeitos colaterais das drogas, acompanhamentos e agendamentos de consultas, discussão sobre preconceito em relação à doença, entre outras, ao mesmo tempo que tomavam um café da manhã na unidade de saúde.
- * Certificação e diploma para pacientes que recebiam alta por cura do tratamento, a fim de reconhecer o grande esforço individual.
- * Educação continuada com os centros de acolhida que recebem pacientes com tuberculose realizada pela equipe de vigilância epidemiológica do município e equipes de Consultório na Rua.



Compartilhe com seus colegas de curso, por meio do Fórum “Diálogos”, experiências relacionadas à sua forma de fazer o cuidado na rua no que se refere a essa problemática.

- * Encontros regulares e sistemáticos entre equipes de Consultório na Rua e equipes da assistência social (supervisão de saúde e supervisão de assistência) a fim de discutir acompanhamentos conjuntos para os pacientes de tuberculose, o que culminou com a garantia de vagas dentro dos centros de acolhida para todo e qualquer paciente que recebesse o diagnóstico de tuberculose.

Material de apoio

1. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. cap. 7, p. 59-62, item 7.3: Tuberculose. Disponível na biblioteca virtual do curso.

O material traz, nesse capítulo, a experiência de uma equipe de Estratégia Saúde da Família voltada à população de rua de Belo Horizonte/MG e um conteúdo prático, por meio de estudo de caso, sobre o cuidado a portadores de tuberculose, além de algumas dicas e reflexões sobre a rua.

2. Manual técnico para o controle da tuberculose

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose*. 6. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de atenção básica, n. 6). Disponível na biblioteca virtual do curso.

O material traz informações sobre controle da tuberculose, etiologia, transmissão, patogênese, notificação, tratamento (princípios, adesão, esquemas de tratamento), acompanhamento, reações adversas ao uso de drogas, prevenção e sistemas de informação, atribuições dos profissionais de saúde em relação às atividades de controle da tuberculose na rede básica e no programa de saúde da família.

3. Especial tuberculose São Paulo

ESPECIAL tuberculose São Paulo. Direção Rafael Figueiredo, Produção Paula Lagoeiro, Fotografia Claudio Zigiotto. Rio de Janeiro: Canal Saúde na Estrada, 28 mar. 2011. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=especial-tuberculose-sao-paulo>. Acesso em: 26 jun. 2014.

O material é um vídeo de 16 minutos, realizado pelo canal Saúde/Fiocruz, que faz uma breve discussão sobre saúde e mostra a realidade de trabalho de uma equipe de agentes de saúde do Programa de Agente na Rua, de São Paulo, no trabalho com a população em situação de rua.

4. Tuberculose: perguntas e respostas - 30 questões para entender e atuar no atendimento de tuberculose nos serviços de saúde

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PROF. ALEXANDRE VRANJAC. Coordenadoria de Controle de Doenças. Divisão de Tuberculose. *Tuberculose: perguntas e respostas: 30 questões para entender e atuar no atendimento de tuberculose nos serviços de saúde*. 2. ed. São Paulo, nov. 2011. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Publicação para a difusão de informações sobre a tuberculose, em uma linguagem simples e de aplicação prática. Traz informações para que os próprios indivíduos possam cuidar de sua saúde e para que os profissionais possam ser esclarecidos quanto ao atendimento de tuberculose nos serviços de saúde. São questões que esclarecem como acessar o serviço médico, como ser medicado e ser acompanhado periodicamente para evitar o abandono do tratamento.

5. Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua

AMIRATI, Katia Muniz; VANNUCCHI, Ana Maria Cortez, LEÃO, Lilian Carvalho. Estratégias da área da saúde para a assistência à população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 169-189.

SOUZA, Eduardo Sodré; ZIONI, Fabíola. O tratamento diretamente observado para a tuberculose entre a população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 189-205.

Nos capítulos referenciados, o livro traz uma discussão sobre o cuidado de pessoas em situação de rua no que tange a tuberculose, o dia a dia dos enfermeiros e de uma psicóloga que trabalharam ou trabalham na Estratégia Saúde da Família de Rua (ESF-R) e uma psiquiatra que realiza o matriciamento de uma equipe de ESF-R.

6. Música de alerta contra o BK (Tuberculose)

MEIRELLES, Bell. *Alerta Contra O Bk (tuberculose)*. [S.l.]: Vagalume, [20--]. Disponível em: <<http://www.vagalume.com.br/bel-meirelles/alerta-contra-o-bk-tuberculose.html>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

7. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço

PROCÓPIO, Maria José (Coord.). *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: EaD/ENSP/Fiocruz, 2008. Disponível na biblioteca do curso.

Esse livro faz parte de um programa de formação que tem por objetivo desenvolver e implantar uma proposta de educação a distância para o

controle e a assistência da tuberculose. É direcionado a profissionais da saúde de nível superior que trabalham no SUS em todo o Brasil. A proposta do material é auxiliar municípios e estados a melhorar sua gestão e assistência à tuberculose, com foco na capacitação e atualização das diferentes categorias profissionais das equipes de saúde, tendo em vista ações interdisciplinares que possam atender às necessidades e às demandas das políticas preconizadas pelo SUS. Apresenta questões provocativas e de reflexão ao longo de todo o livro, visando articular os conteúdos apresentados com a realidade dos profissionais da saúde. Outros recursos como glossário, destaques de texto e textos complementares também são utilizados para facilitar a leitura e a compreensão dos conteúdos.

8. Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB)

Disponível em: <http://www.redetb.org/>.

A Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB) é uma Organização Não Governamental (ONG) que visa auxiliar no desenvolvimento de novos medicamentos, novas vacinas, novos testes diagnósticos e novas estratégias de controle de TB. A Rede-TB proporciona uma interação maior entre as entidades governamentais e as entidades da sociedade civil. Ela promove estudos epidemiológicos e clínico-laboratoriais em diferentes grupos populacionais, como hospitais, albergues, prisões, comunidades carentes e em pacientes vivendo com HIV/Aids, com o objetivo de validar os *kits*, vacinas e medicamentos desenvolvidos pela Rede-TB e por empresas, nacionais ou estrangeiras, além de auxiliar, por meio de pesquisas operacionais, na validação externa de diferentes inovações estratégicas na área de gestão e monitoramento das ações de controle de TB.

9. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica

BRASIL. Ministério da Saúde. *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 100 p. Disponível na biblioteca virtual do curso.

Esse guia de vigilância da tuberculose é uma contribuição para a melhoria das atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose e para a organização dos serviços de saúde do SUS. Tem por objetivo contribuir para a implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que visa ampliar o controle da tuberculose do país, contribuindo com a melhoria da saúde de nossa população.

10. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010. 444 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível na biblioteca virtual do curso.

Trata-se de um manual de bolso, especialmente dirigido aos médicos, em particular àqueles que desempenham suas funções nos serviços de saúde pública. Oferece informações atualizadas sobre aspectos clínicos, epidemiológicos, laboratoriais, tratamento e medidas de prevenção e controle daquelas doenças que, em função de sua magnitude ou da gravidade com que acometem a população brasileira, apresentam potencial para, além de causar danos à saúde dos indivíduos, tornarem-se um importante problema de saúde pública.

11. Guia para coleta de escarro e folder sobre teste molecular rápido

Nesses materiais, disponíveis na biblioteca virtual do curso, você encontrará informações sobre a técnica adequada de coleta de escarro e folder de orientação sobre o teste molecular rápido (disponível em algumas cidades brasileiras), sua sensibilidade, o que se espera com sua implantação, quais as suas indicações, entre outras informações.

A young girl with curly hair is running on a sidewalk, looking towards the camera. She is wearing a white t-shirt and patterned shorts. In the background, another person is running away. A large, semi-transparent light blue circle is overlaid on the right side of the image, containing the text.

Textos de apoio aos
tópicos de cuidado a
diferentes condições de
saúde e ciclos de vida



A seguir, apresentamos uma coleção de textos, documentos ou trechos de autores diversos, extraídos da literatura atual, sobre tópicos do cuidado a diferentes condições de saúde e ciclos de vida. Portanto, não foram produzidos pelas autoras desta unidade de aprendizagem, mas, sim, selecionados de obras já publicadas e, aqui, transcritos.

Álcool e outras drogas

O trecho a seguir foi extraído do texto “Álcool e drogas”, do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (CANDIANI; PEDRA; GALLANI, 2012).

“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 desenvolver 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 feita 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 queira ou não consiga parar de usar drogas, já conseguiu avanços nesse processo.

Os exemplos acima descritos funcionam em cadeia, o que, consequentemente, 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 Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) 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.”

Doenças sexualmente transmissíveis

O trecho a seguir é uma compilação do texto “DST, HIV e Aids”, do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (CANDIANI, 2012), e de informações importantes disponíveis em documentos produzidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

“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 população em situação de rua 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.

Ações que podem ser realizadas

- * Durante as abordagens, é sempre importante trabalhar questões relativas à percepção de risco para as DST e a promoção e adoção de medidas preventivas, com ênfase na utilização adequada do preservativo, bem como no estímulo à testagem.
- * Nesse sentido, o teste rápido configura-se como uma importante estratégia para o diagnóstico e o tratamento oportuno. O Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças recomenda a utilização dos testes rápidos em algumas situações e locais, incluindo as equipes de Consultório na Rua, conforme Portaria n. 29, de dezembro de 2013.
- * Facilitar ao máximo o acesso a preservativos é uma estratégia importante para essa população. O Ministério da Saúde recomenda (Nota Técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-Aids/SVS/MS) que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dentre outras medidas: evitem a solicitação de documento de identificação e controle do usuário para a dispensação de preservativos; identifiquem populações vulneráveis em seu território de ação e busquem mecanismos para ampliar o acesso ao preservativo, facilitando a disponibilização durante as abordagens comunitárias.

HIV

- * As diretrizes atuais apontam para uma reorganização do modelo de atenção em saúde no manejo da infecção pelo HIV em todos os níveis de atenção, mas especialmente na Atenção Básica. O eixo de reorientação desse modelo é o conceito do cuidado, respondendo a uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- * No início da epidemia de Aids e nos anos subsequentes, o modelo de atendimento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) em serviços de atendimento especializados (SAE) mostrou-se o mais eficaz e seguro. Com o avanço do cuidado às PVHA e com a simplificação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV foi apresentando características de uma condição crônica, e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências.

- * Nos últimos anos, alguns municípios brasileiros vêm conseguindo obter significativa melhoria na atenção às PVHA a partir da implantação de um novo modelo assistencial aos casos de HIV/Aids, de modo que ações de atenção ao HIV, incluindo o manejo da infecção, são estruturadas a partir das realidades locais dos sistemas de saúde. Essas experiências se baseiam na evolução dos modelos de atenção ao HIV centrados unicamente em serviços especializados para modelos matriciados, em que diversos níveis de atenção participam de diferentes pontos da linha de cuidado ao HIV/Aids, sempre considerando a complexidade das ações e a necessidade de que as intervenções sejam realizadas de maneira efetiva e oportuna.
- * A linha do cuidado implica o redirecionamento do processo de trabalho e das relações entre diferentes pontos de atenção. Na perspectiva do novo modelo de atenção ao HIV, os SAE continuam sendo fundamentais. Contudo, o desenho da linha de cuidado passa a contar com novos serviços, e estratégias como o suporte dos serviços especializados à Atenção Básica e o atendimento compartilhado entre SAE e Atenção Básica garantem maior acesso dos usuários ao sistema de saúde.
- * Esse novo modelo deve contar com a experiência acumulada na atenção às PVHA no Brasil, primando pela ética, pelo sigilo e pela construção coletiva das ações em saúde, em que os usuários possuem voz ativa durante todo o processo.

O Ministério da Saúde enfatiza a importância do início precoce da terapia antirretroviral para pacientes infectados pelo HIV, uma vez que, além do impacto clínico favorável, esta estratégia também se configura como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV. Além disso, considera-se fundamental estabelecer estratégias de adesão ao tratamento.

Hepatites virais

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

Mensagens-chave

- * Sempre abordar a questão da sexualidade, de 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.”

Feridas e doenças de pele

Texto de apoio 1

O trecho a seguir foi extraído do capítulo “Pessoas em situação de rua com anormalidades da pele e feridas: uma proposição!”, de Gamba et al.(2013).

“[...] São muitos os desafios impostos pela rua que interferem nas ações para o autocuidado/estima. A prioridade pela sobrevivência/subsistência não permite que os mesmos possam cuidar da saúde de maneira eficaz, e na maior parte dos casos os sinais e sintomas clínicos de agravos/doenças são negligenciados ou mesmo passam despercebidos, e assim, por vezes, eles procuram por assistência em situações emergenciais, com complicações já instaladas.

[...] são inúmeras as causas que fazem com que essas pessoas sejam mais vulneráveis a traumas e ferimentos, em função: de permanente exposição ao sol, vento, alimentação inadequada, falta de higiene pessoal, de lazer, de moradia, compartilhamento de objetos pessoais, além do alto consumo de tabaco, álcool e drogas, violência urbana, entre outros. Outro aspecto importante é a falta de acesso aos serviços e o constante estigma enfrentado pelos usuários para o atendimento de saúde... esse estigma surge no momento em que o povo de rua passa a se descuidar e deixar de lado a aparência e os cuidados com higiene... relacionados à autoestima fragilizada e à transformação da autoimagem...”

Texto de apoio 2

O trecho a seguir foi extraído do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (BRASIL, 2012).

“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, costumam 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 de 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 as pernas dos moradores de rua; a mobilidade é essencial para a sobrevivência nas ruas.”

Gestação

Texto de apoio 1

A seguir, você encontra um trecho extraído do texto “Gravidez de alto risco”, do *Manual sobre o cuidado à Saúde junto à população em situação de rua* (BRASIL, 2012).

“O fato de pessoas usarem a rua como local de moradia e permanência já se configura 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 biopsicossocioculturais, 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.

Em virtude da drogadição (em particular, o álcool e o *crack*), além de outras comorbidades, como sífilis gestacional, HIV, anemia grave e hepatites, é grande o número de gestantes em situação de rua definidas como sendo de alto risco. Portanto, elas 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 necessários 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 SISPRE-NATAL 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, visando verificar 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 o tratamento em tempo oportuno.
- * No caso de relato de uso de substâncias psicoativas, a atenção psicossocial deve ser sempre considerada.
- * Em virtude de drogadição e outras comorbidades, é grande o número de gestantes em situação de rua definidas como sendo de alto risco.”

Texto de apoio 2

Os itens a seguir foram extraídos da publicação do Ministério da Saúde *Gestação de alto risco: Manual técnico*, 2010.

Fatores de risco para a gravidez atual

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

- * “Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos.
- * Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.

- * Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- * Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular).
- * Condições ambientais desfavoráveis.
- * Altura menor que 1,45 m.
- * Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg.
- * Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

História reprodutiva anterior

- * Morte perinatal explicada ou inexplicada
- * Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
- * Abortamento habitual
- * Esterilidade/infertilidade
- * Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- * Nuliparidade e multiparidade
- * Síndromes hemorrágicas
- * Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- * Cirurgia uterina anterior
- * Macrossomia fetal

Intercorrências clínicas crônicas

- * Cardiopatias
- * Pneumopatias
- * Nefropatias
- * Endocrinopatias (especialmente diabetes melito)
- * Hemopatias
- * Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou em uso de anti-hipertensivo
- * Epilepsia
- * Infecção urinária
- * Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST)

- * Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses)
- * Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)

Doença obstétrica na gravidez atual

- * Desvio quanto a crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- * Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- * Ganho ponderal inadequado
- * Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- * Amniorrexe prematura
- * Hemorragias da gestação
- * Isoimunização
- * Óbito fetal

[...] Na maioria dos casos, a presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indique maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento.

Além disso, atenta-se para uma necessidade maior de ações educativas dirigidas aos problemas específicos detectados nas gestantes. Em muitos casos, intervenções junto à família e à comunidade podem gerar impactos positivos.”

Hipertensão e diabetes

O trecho que você lê a seguir é um extrato do tópico “Doenças crônicas”, do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (BRASIL, 2012).

“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 a própria dieta e dificuldades para armazenarem e tomarem medicamentos em horários certos.

Ações que podem ser realizadas

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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."

Idosos

A seguir, apresentamos um trecho da Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Lei n. 10.741/ 2003

“Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

CAPÍTULO IV **Do Direito à Saúde**

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.”

Infestações

Texto de apoio 1

A seguir, apresentamos um trecho extraído do Capítulo 7 - “Os problemas clínicos mais comuns junto à população em situação de rua”, do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (OS PROBLEMAS..., 2012).

“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:

- * *Pediculus corporis* (piolho de corpo, muquirana)
- * *Pediculus capitis*
- * *Pthirus pubis*
- * 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

1. Orientar os albergues quanto aos cuidados com roupas de cama, evitando o rodízio delas sem higienização.
2. Mapear locais de doação de roupas na cidade.
3. Utilizar dosagem de ivermectinade 2cp de 6 mg em dose única¹;
4. 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.
5. Articulação com outros equipamentos que possibilitem a higiene pessoal e a lavagem de roupas.”

¹ Nota das autoras: retificação da dosagem de ivermectinade de acordo com indicações do fabricante do medicamento:

- Não deve ser dada a crianças menores de 5 anos ou com menos de 15 kg.
- Durante a gestação e lactação, deve-se observar se seu benefício justifica o risco.
- As doses devem ser individualizadas de acordo com o peso do paciente (15 – 24 kg: ½ comprimido; 25 – 35 kg: 1 comprimido; 36 – 50 kg: 1 ½ comprimido; 51 – 65 kg: 2 comprimidos; 66 – 79 kg: 2 ½ comprimidos; >= 80 kg: 200 mcg/kg).
- Eventualmente, faz-se necessária uma segunda dose, devendo, portanto, o paciente ser reavaliado no período de uma semana a fim de se verificar tal indicação.

Fonte desta retificação: Anvisa. Disponível em <<http://goo.gl/udBc48>>.

Texto de apoio 2

Texto extraído do site Wikipédia, definição de *Pediculus humanus* (2013).

“Nome científico do piolho, causador da pediculose. A variedade conhecida popularmente como **muquirana** é um inseto sem asas com corpo dividido claramente em cabeça, tórax e abdome (ao contrário do piolho genital). O seu ovo fixa-se ao fio de cabelo por uma substância pegajosa, assumindo a forma vulgarmente conhecida como lêndea; usualmente as lêndeaes podem ser encontradas aderidas às fibras dos tecidos das roupas, assim como o próprio inseto. O ciclo é autoxênico e inicia com a ovipostura.

Os ovos necessitam de 4 a 14 dias para completar a incubação. Após a eclosão, surgem as ninfas, que atingem o estágio adulto em 2 semanas. A maturidade sexual nos adultos ocorre em 4 horas, com cópula imediata. Sobrevivem de 3 a 4 semanas; ovipostura de aproximadamente 300 ovos.

Causadores da pediculose do corpo, encontram-se principalmente nas dobras do corpo presos à roupa; suas picadas causam inflamação aguda da pele e prurido, além de serem responsáveis pela transmissão de várias doenças infecciosas como o tifo, a febre recorrente e a febre das trincheiras.

O simples hábito de trocar e lavar regularmente as roupas (com água quente e detergentes) foi suficiente para diminuir drasticamente a incidência dessa parasitose no homem.”

Transtorno mental

O material a seguir foi transcrito de *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007), gentilmente cedido pela editora Artmed.

“Transtorno por uso de tabaco – F17.1

(Inclui uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência)

Queixas apresentadas

Os pacientes podem queixar-se de:

- * um gosto desagradável na boca;
- * tosse;

- * pigarro;
- * infecções respiratórias frequentes;
- * pressão sanguínea alta;
- * dores no peito;
- * problemas cardíacos;
- * fadiga, falta de aptidão física.

Muitos fumantes gostariam de parar de fumar e acolhem com prazer auxílio nesse sentido.

Aspectos diagnósticos

- * Uso nocivo (o uso de tabaco causou dano físico ou psicológico).
- * Dependência:
 - uso continuado apesar de danos;
 - incapacidade de interromper ou controlar o uso;
 - sintomas de abstinência.
- * Alguns usuários de tabaco podem ser dependentes (uso de grandes quantidades, dificuldade de controlar o uso), mas todos os usuários se beneficiarão da parada.
- * Embora o uso de qualquer quantidade de tabaco possa ser nocivo, é mais importante reduzir o uso de tabaco entre:
 - mulheres grávidas;
 - crianças e adolescentes;
 - pais de filhos pequenos;
 - pacientes com doenças fortemente afetadas pelo uso de tabaco (doença respiratória doença cardíaca, doença vascular)."

"Transtornos por uso de tabaco F17.1 – diretrizes de tratamento

Informações essenciais para o paciente e familiares

- * Qualquer uso de tabaco pode ter efeitos nocivos à saúde.
- * Usar tabaco durante a gravidez pode prejudicar o bebê.
- * A interrupção do uso de tabaco deve melhorar a saúde agora e no futuro.

Recomendações ao paciente e familiares

Para pacientes dispostos a parar já:

- * Estabelecer uma data para parar.
- * Discutir situações de alto-risco para retomar o uso de tabaco (por exemplo, socialização com amigos que usam tabaco).
- * Fazer planos específicos para evitar a retomada do uso de tabaco (por exemplo, discutir como responder a amigos que oferecem cigarros).
- * Aconselhar sobre o manejo do desejo por tabaco (por exemplo, relaxamento, exercícios físicos, atividades de lazer, outras técnicas de manejo do estresse).
- * Identificar amigos ou membros da família que apoiam a parada do uso de tabaco.
- * Para pacientes não dispostos a parar já:
 - Não rejeitar ou culpar a pessoa.
 - Enfatizar claramente efeitos atuais e futuros à saúde do uso continuado.
 - Marcar uma nova consulta para discutir a condição de saúde e o uso de tabaco.

Se a redução no uso de tabaco é um objetivo razoável (ou se o paciente não está disposto a parar):

- * Negociar um objetivo claro para diminuir o uso (por exemplo, não mais do que cinco cigarros por dia).
- * Discutir estratégias para evitar ou manejar situações de alto risco (por exemplo, situações sociais, eventos estressantes).
- * Introduzir procedimentos de automonitoração e padrão de uso controlado de tabaco (por exemplo, restrições de tempo, diminuir a taxa de uso).
- * Programas de aconselhamento de grupo podem ser úteis.

Medicação

Preparações de nicotina podem ajudar nos sintomas de abstinência de nicotina. Estas são significativamente mais efetivas quando usadas com orientação sobre a parada.”

“Transtornos por uso de drogas – F11#

Queixas apresentadas

Os pacientes podem ter:

- * humor deprimido;
- * nervosismo;
- * insônia;
- * complicações físicas do uso de drogas;
- * acidentes ou ferimentos devidos ao uso de drogas.

Pode haver também:

- * alteração inexplicada no comportamento, aparência ou funcionamento;
- * negação do uso de drogas;
- * queixas de dor ou pedidos diretos de receitas de narcóticos ou outras drogas;
- * problemas legais e sociais devidos ao uso de drogas (problemas conjugais, faltas ao trabalho).

Sinais de abstinência de drogas podem estar presentes, i.e.,

- * Opiáceos: náusea, sudorese, tremores.
- * Sedativos: ansiedade, tremores, alucinações.
- * Estimulantes: depressão, mau-humor.

A família pode solicitar ajuda antes do paciente (por exemplo, está irritável em casa, por faltar ao trabalho).

Aspectos diagnósticos

- * Uso pesado ou frequente.
- * O uso de drogas causou dano físico (por exemplo, ferimentos enquanto intoxicado), dano psicológico (por exemplo, sintomas psiquiátricos devidos ao uso de drogas) ou levou a consequências sociais prejudiciais (por exemplo, perda de emprego, problemas familiares graves).
- * Dificuldade em controlar o uso de drogas.
- * Forte desejo de usar drogas.

- * Tolerância (pode usar grandes quantidades de drogas sem parecer intoxicado).
- * Abstinência (ansiedade, tremores ou outros sintomas de abstinência após interromper o uso).

Diagnóstico diferencial

- * Transtornos por uso de drogas, frequentemente, coexistem com transtornos por uso de álcool (ver *Transtorno por uso de álcool F10#*).
- * Sintomas de ansiedade ou depressão podem ocorrer com uso pesado de drogas. Se estes continuam após um período de abstinência (por exemplo, aproximadamente quatro semanas), ver *Depressão – F32#* e *Ansiedade generalizada – F41.1.*”

“Transtornos por uso de drogas F11# – diretrizes de tratamento

Informações essenciais para o paciente e familiares

- * A abstinência é o objetivo; o paciente e a família deveriam concentrar-se nisto.
- * Interromper ou reduzir o uso de droga trará benefícios mentais e físicos.
- * O uso de drogas durante a gravidez pode prejudicar o bebê.
- * Para usuários de drogas injetáveis, há um risco de contrair ou passar infecção por HIV, hepatite ou outras infecções transmitidas pelo sangue. Discutir precauções apropriadas (uso de preservativos, não reutilizar agulhas).
- * A recaída é comum. Controlar ou interromper o uso de drogas, frequentemente, requer várias tentativas.

Recomendações ao paciente e familiares

Para pacientes dispostos a parar já:

- * Estabelecer uma data para parar.
- * Discutir estratégias para evitar ou manejar situações de alto-risco (por exemplo, situações sociais, eventos estressantes).
- * Fazer planos específicos para evitar o uso de drogas (por exemplo, como responder a amigos que ainda usam drogas).
- * Identificar membros da família ou amigos que apoiarão a parada do uso de drogas.

Se a redução do uso de drogas é um objetivo razoável (ou se o paciente não está disposto a parar):

- * Negociar um objetivo claro para diminuir o uso (por exemplo, não mais do que um cigarro de maconha por dia com dois dias sem drogas por semana).
- * Discutir estratégias para evitar ou manejar situações de alto-risco (por exemplo, situações sociais, eventos estressantes).
- * Introduzir procedimentos de automonitorização e comportamentos de uso de drogas mais seguros. (por exemplo, restrições de tempo, diminuir a taxa de uso).

Para pacientes não dispostos a parar ou reduzir o uso já:

- * Não rejeitar ou culpar.
- * Enfatizar claramente os problemas médicos, psicológicos e sociais causados pelas drogas.
- * Marcar uma nova consulta para reavaliar a saúde e discutir o uso de drogas.

Para pacientes que não tiveram sucesso ou que recaíram:

- * Identificar e dar crédito para qualquer sucesso.
- * Discutir as situações que levaram à recaída.
- * Retornar aos passos anteriores.
- * Organizações de autoajuda (por exemplo, Narcóticos Anônimos) são, frequentemente, úteis.

Medicação

- * A retirada de sedativos pode requerer uso de benzodiazepínicos (por exemplo, clordiazepóxido 25-50 mg até quatro vezes ao dia), mas o uso ambulatorial deveria ser rigorosamente monitorado. Abstinência severa de sedativos (com alucinações e instabilidade autonômica) pode requerer, hospitalização e uso de doses mais elevadas de drogas antiansiedade.
- * A retirada de estimulantes, cocaína e opiáceos é penosa e pode requerer supervisão médica. A abstinência de opiáceos é, às vezes, tratada com doses decrescentes de metadona ou naltrexone por 10 a 14 dias.

Consulta com especialista

Programas de aconselhamento especializado para dependência deveriam ser considerados, se disponíveis.”

“Transtornos por uso de álcool – F10

Queixas apresentadas

O paciente pode apresentar-se com:

- * humor deprimido;
- * nervosismo;
- * insônia;
- * complicações físicas do uso de álcool (úlceras, gastrite, doença hepática);
- * acidentes ou ferimentos devidos ao uso de álcool;
- * falta de memória ou concentração.

Também pode haver:

- * problemas legais e sociais devidos ao uso de álcool (problemas conjugais, faltas ao trabalho);
- * sinais de abstinência alcoólica (sudorese, tremores, náusea matinal, alucinações).

Os pacientes podem, às vezes, negar ou não ter consciência dos problemas com o álcool. A família pode solicitar ajuda antes que o paciente o faça (por exemplo, porque o paciente é irritável em casa, falta ao trabalho).

Aspectos diagnósticos

Uso nocivo de álcool:

- * Uso pesado de álcool (quantidade definida por padrões locais, por exemplo, mais de 21 doses-padrão por semana para homens, mais de 14 doses-padrão por semana para mulheres);
- * O uso excessivo de álcool causou dano físico (por exemplo, doença hepática, sangramento gastrointestinal), dano psicológico (por exemplo, depressão ou ansiedade devida ao álcool) ou levou a consequências sociais prejudiciais (por exemplo, perda do emprego). Questionários padrões (por exemplo, AUDIT) podem ajudar a identificar o uso nocivo.

Dependência alcoólica:

- * uso continuado de álcool apesar de danos;
- * dificuldade em controlar o uso de álcool;
- * forte desejo de usar álcool;
- * tolerância (bebe grandes quantidades de álcool sem parecer intoxicado);
- * abstinência (ansiedade, tremores, sudorese após parar de beber).

Diagnóstico diferencial

- * A redução do uso de álcool pode ser desejável para alguns pacientes que não se enquadram nas diretrizes acima.
- * Sintomas de ansiedade ou depressão podem ocorrer com uso pesado de álcool. Se estas continuam após um período de abstinência, ver *Depressão – F32# e Ansiedade generalizada – F41.1.*”

“Transtornos por uso de álcool F10 – diretrizes de tratamento

Informações essenciais para o paciente e familiares

- * Dependência de álcool é uma doença com sérias consequências.
- * Parar ou reduzir o uso de álcool trará benefícios mentais e físicos.
- * Beber durante a gravidez pode prejudicar o bebê.
- * Em alguns casos de uso nocivo de álcool sem dependência, controlar ou reduzir a bebida é um objetivo razoável.
- * Para pacientes com dependência alcoólica, a abstinência de álcool é o objetivo. Visto que a parada abrupta pode causar sintomas de abstinência, é necessária supervisão médica.
- * Recaídas são comuns. Controlar ou parar de beber, frequentemente, requer várias tentativas.

Recomendações ao paciente e familiares

Para pacientes que desejam parar já:

- * Estabelecer uma data para parar.
- * Discutir estratégias para evitar ou manejar situações de alto-risco (por exemplo, situações sociais, eventos estressantes).
- * Fazer planos específicos para evitar beber (por exemplo, formas de enfrentar eventos estressantes sem álcool, formas de responder a amigos que ainda bebem).

- * Ajudar os pacientes a identificarem membros da família ou amigos que apoiarão a parada do uso de álcool.
- * Discutir sintomas e manejo da abstinência de álcool.

Se a redução da bebida é um objetivo razoável (ou se o paciente não está disposto a parar):

- * Negociar um objetivo claro para diminuir o uso (por exemplo, não mais que duas doses por dia com dois dias sem álcool por semana).
- * Discutir estratégias para evitar ou manejar situações de alto-risco (por exemplo, situações sociais, eventos estressantes).
- * Introduzir procedimentos de automonitorização e comportamentos de beber mais seguros (por exemplo, restrições de tempo, moderar o beber).

Para pacientes não dispostos a parar ou reduzir o uso já:

- * Não rejeitar ou culpar.
- * Enfatizar claramente os problemas médicos, psicológicos e sociais causados pelo álcool.
- * Marcar uma nova consulta para reavaliar a saúde e o uso de álcool.

Para pacientes que não têm sucesso ou que recaem:

- * Identificar e dar crédito para qualquer sucesso.
- * Discutir as situações que levaram à recaída.
- * Retornar aos passos anteriores.

Organizações de auto-ajuda (por exemplo, Alcoólicos Anônimos) são, frequentemente, úteis.

Medicação

- * A retirada do álcool pode requerer o uso de benzodiazepínicos a curto prazo (por exemplo, clordiazepóxido 25-100 mg uma ou duas vezes ao dia), mas o uso ambulatorial deveria ser rigorosamente monitorizado. Abstinência alcoólica grave (com alucinações e instabilidade autonômica) pode requerer hospitalização e uso de doses mais elevadas de benzodiazepínicos.
- * Dissulfiram pode ajudar a manter a abstinência de álcool em alguns casos, mas o uso rotineiro não é necessário.

Consulta com especialista

Programas de aconselhamento especializados para dependência de álcool deveriam ser considerados, se disponíveis.”

“Transtornos psicóticos crônicos – F20#

Queixas apresentadas

Os pacientes podem apresentar-se com:

- * dificuldades com pensamento ou concentração;
- * relatos de ouvir vozes;
- * crenças estranhas (por exemplo, ter poderes sobrenaturais, ser perseguido);
- * queixas físicas extraordinárias (por exemplo, ter animais ou objetos incomuns dentro do corpo);
- * problemas ou perguntas relacionadas à medicação antipsicótica.

Pode haver problemas no trabalho ou nos estudos.

- * As famílias podem procurar ajuda devido à apatia, isolamento, falta de higiene ou comportamento estranho.

Aspectos diagnósticos

Problemas crônicos com os seguintes aspectos:

- * isolamento social;
- * pouca motivação ou interesse, autonegligência;
- * distúrbio do pensamento (evidente pela fala estranha ou incoerente).

Episódios periódicos de:

- * agitação ou inquietação;
- * comportamento bizarro;
- * alucinações (percepções falsas ou imaginadas, por exemplo, ouvir vozes);
- * delírios (crenças firmes que são claramente falsas, por exemplo, o paciente está relacionado com a realeza, recebe mensagens da televisão, está sendo seguido ou perseguido).

Diagnóstico diferencial

Se sintomas de depressão são proeminentes (humor deprimido ou melancólico, pessimismo, sentimentos de culpa), ver *Depressão – F32#*.

Se sintomas de mania (excitação, humor elevado, autovalorização exagerada) são proeminentes, ver *Transtorno bipolar – F31*.

Intoxicação crônica ou abstinência de álcool ou outras substâncias (estimulantes, alucinógenos) podem causar sintomas psicóticos. Ver *Transtornos por uso de álcool. – F10* e *Transtornos por uso de drogas – F11#*."

"Transtornos psicóticos crônicos F20# – diretrizes de tratamento

Informações essenciais para o paciente e familiares

- * Agitação e comportamento estranho são sintomas de uma doença mental.
- * Os sintomas podem ir e vir com o passar do tempo. Antecipe-se e prepare-se para recaídas.
- * A medicação é um comportamento central do tratamento; ela tanto reduzirá as dificuldades presentes como prevenirá recaídas.
- * O apoio da família é fundamental para a aderência ao tratamento e reabilitação efetiva.
- * Organizações da comunidade podem fornecer apoio valioso ao paciente e à família.

Recomendações ao paciente e familiares

- * Discutir o plano de tratamento com membros da família e obter seu apoio para ele.
- * Explicar que as drogas prevenirão recaídas e informar o paciente sobre os efeitos colaterais.
- * Encorajar o paciente a funcionar no seu melhor nível possível, no trabalho e em outras atividades diárias.
- * Encorajar o paciente a respeitar padrões e expectativas da comunidade (roupas, aparência, comportamento).
- * Minimizar estresse e estimulação:
 - não discutir com pensamento psicótico;
 - evitar confrontação ou crítica;

- durante períodos em que os sintomas são mais graves, repousar e afastar-se de estresse pode ser útil.
- * Consulte *Psicose Aguda – F23* para orientação sobre o tratamento de estados agitados ou excitados.

Medicação

A medicação antipsicótica reduzirá os sintomas psicóticos (por exemplo, haloperidol 2-5 mg até três vezes ao dia ou clorpromazina 100-200 mg até três vezes ao dia). A dose deveria ser a mais baixa possível para o alívio dos sintomas, embora alguns pacientes possam necessitar de doses mais elevadas. Informar ao paciente que a medicação contínua reduzirá o risco de recaída. Em geral, a medicação antipsicótica deveria ser mantida por pelo menos três meses, após um primeiro episódio da doença, e por mais tempo, após um episódio subsequente.

Se o paciente não consegue tomar medicação conforme solicitado, a medicação antipsicótica injetável de ação prolongada pode assegurar a continuidade do tratamento e reduzir o risco de recaída.

Informar o paciente dos efeitos colaterais potenciais. Os efeitos colaterais motores comuns incluem:

- * distonias agudas ou espasmos que podem ser tratados com benzodiazepínicos ou drogas antiparkinsonianas injetáveis.
- * acatisia (inquietação motora grave) que pode ser tratada com redução da dose ou betabloqueadores.
- * sintomas parkinsonianos (tremor, acinesia) que podem ser tratados com drogas antiparkinsonianas orais (por exemplo, biperiden 1 mg até três vezes ao dia).

Consulta com especialista

Se houver condições, considerar uma consulta para todos os novos casos de transtorno psicótico.

Depressão e mania com sintomas psicóticos podem necessitar de outro tratamento. Considerar a consulta para esclarecer o diagnóstico e assegurar um tratamento mais apropriado.

A consulta com serviços da comunidade apropriados pode reduzir a carga familiar e melhorar a reabilitação.

Também considere a consulta em casos de efeitos colaterais motores graves.”

“Transtornos psicóticos agudos – F23

Queixas apresentadas

Os pacientes podem experimentar:

- * audição de vozes;
- * crenças e medos estranhos;
- * confusão;
- * apreensão.

As famílias podem pedir ajuda para as mudanças de comportamento que não podem ser explicadas, incluindo comportamento estranho ou assustador (retraimento, desconfiança, ameaças).

Aspectos diagnósticos

Início recente de:

- * alucinações (sensações falsas ou imaginadas, por exemplo, ouvir vozes quando não há ninguém em volta);
- * delírios (ideias firmemente defendidas que são claramente falsas e não compartilhadas por outros no grupo social do paciente, por exemplo, os pacientes acreditam que estão sendo envenenados por vizinhos, recebendo mensagens da televisão, ou sendo observados por outros de alguma forma especial);
- * agitação ou comportamento bizarro;
- * fala desorganizada ou estranha;
- * estados emocionais extremos e lábeis.

Diagnóstico diferencial

Transtornos físicos que podem causar sintomas psicóticos incluem:

- * epilepsia;
- * intoxicação ou abstinência por drogas ou álcool;
- * doença infecciosa ou febril.

Consulte a ficha sobre *Delirium – F05* para outras causas potenciais.

Se os sintomas psicóticos são recorrentes ou crônicos, ver também *Transtornos psicóticos crônicos – F20#*.

Se sintomas de mania (humor elevado, fala ou pensamentos acelerados, autovalorização exagerada) são proeminentes, o paciente pode estar apresentando um episódio maníaco. Ver *Transtorno bipolar – F31*.

Se o humor deprimido ou melancólico é proeminente, ver também *Depressão – F32#*.”

“Transtornos psicóticos agudos F23 – diretrizes de tratamento

Informações essenciais para o paciente e familiares

- * Agitação e comportamento estranho são sintomas de uma doença mental.
- * Os episódios, frequentemente, têm um bom prognóstico, mas o curso de longo prazo da doença é difícil de prever a partir de um episódio agudo.

O tratamento contínuo pode ser necessário por diversos meses, após o desaparecimento dos sintomas. *Aconselhar a família sobre problemas legais relacionados a tratamento mental.*

Recomendações ao paciente e familiares

- * Assegurar a segurança do paciente e daqueles que cuidam dele:
 - familiares ou amigos deveriam ficar com o paciente;
 - assegurar que as necessidades básicas do paciente (por exemplo, comida e bebida) sejam satisfeitas;
 - tomar cuidado para não ferir o paciente.
- * Minimizar estresse e estimulação:
 - não discutir com pensamento psicótico (você pode discordar das crenças do paciente, mas não tente argumentar que elas são erradas).
 - evitar confrontação ou crítica, a menos que seja necessário, para prevenir dano ou comportamento disruptivo.
- * A agitação que é perigosa para o paciente, para a família ou para a comunidade requer hospitalização ou estreita observação em um lugar seguro. Se os pacientes recusam tratamento, medidas legais podem ser necessárias.
- * Encorajar a retomada de atividades normais, após a melhora dos sintomas.

Medicação

A medicação antipsicótica reduzirá os sintomas psicóticos (por exemplo, haloperidol 2-5 mg até três vezes ao dia ou clorpromazina 100-200 mg até três vezes ao dia). A dose deveria ser a mais baixa possível para o alívio dos sintomas, embora alguns pacientes possam necessitar de doses mais elevadas.

Medicação antiansiedade também pode ser usada em conjunto com neurolépticos para controlar agitação aguda (por exemplo, lorazepam 1-2 mg até quatro vezes ao dia).

Continuar a medicação antipsicótica por pelo menos três meses, após o desaparecimento dos sintomas.

Monitorizar os efeitos colaterais da medicação:

- * distonias agudas ou espasmos podem ser tratados com benzodiazepínicos ou antiparkinsonianos injetáveis.
- * acatisia (inquietação motora grave) pode ser tratada com redução de dosagem ou betabloqueadores;
- * sintomas parkinsonianos (tremor, acinesia) podem ser tratados com drogas antiparkinsonianas orais (por exemplo, biperideno 1 mg até três vezes ao dia).

Consulta com especialista

Se possível, considerar a consulta para todos os novos casos de transtorno psicótico.

Em casos de efeitos colaterais motores graves ou do aparecimento de febre, rigidez, hipertensão, interrompa a medicação antipsicótica e considere a consulta.”

Tuberculose

O trecho a seguir foi transcrito do Capítulo 7 - “Os problemas clínicos mais comuns junto à população em situação de rua”, do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (OS PROBLEMAS..., 2012).

“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

- * 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.
- * As equipes de Consultório na Rua, além de atender a essa demanda, devem prestar apoio matricial às demais equipes.
- * As equipes de Atenção Básica/Consultório na Rua devem buscar acompanhar os pacientes nos locais onde vivem.
- * Nos abrigos, albergues e/ou casas de acolhida, os profissionais devem receber sensibilização e capacitação em tuberculose.
- * Articular junto aos abrigos, albergues ou casas de acolhida para que possa ser realizado o tratamento diretamente observado (TDO) por profissional da assistência social.
- * 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, como 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, como 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 realizar 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 a 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 de 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, criatividade é necessária 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.



De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo, fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro.

Fernando Sabino



Referências

Primeiras palavras...

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

BELO HORIZONTE. Prefeitura. A população em situação de rua: seminário sobre políticas públicas. In: FÓRUM DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE BELO HORIZONTE, 1., 1998, Belo Horizonte. [Anais...]. Belo Horizonte: SEGRAC, 1998a.

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

BRASIL. Decreto n. 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*, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 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*, Brasília, DF, 5 jul. 2005. Seção 1.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria 122 & 123*. Estabelece diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua. Brasília, DF, 2012.

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 nov. 2009b.

BRASIL. 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, 2006.

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: UMEESP, 2006.

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

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.

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.

Unidade de Aprendizagem I – Território e redes

BIDARRA, Zelimar S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 99, p. 483-497, 2009.

BOURDIEU, Pierre. *Capital cultural, escuela y espacio social*. 6. ed. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental, 1990-2004*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências*. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua: sumário executivo*. Brasília, DF: Instituto Meta, 2008. Disponível em <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_ua.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Serviço especializado para pessoas em situação de rua*. Brasília, DF, [2012?]. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/servicos-de-media-complexidade/servico-especializado-para-pessoas-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura. Interdisciplinaridade e políticas de superação da pobreza. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 92, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CENTRO NACIONAL DE DEFESA DE DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. *Nota de repúdio: violação de direitos da população em situação de rua em Belo Horizonte-MG*. Belo Horizonte: Instituto Humanitas Unisinos, 13 jun. 2013. Nota em coautoria com Catadores de Materiais Recicláveis. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/520939-nota-de-repudio-violacao-de-direitos-da-populacao-em-situacao-de-rua-em-belo-horizonte-mg>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

EGGER, Urs Karl. *Work the net: um guia para gerenciamento de redes formais*. Rio de Janeiro: GTZ, 2007.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. 13. ed. Campinas: Papirus, 1990.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p. 279-291.

MACERATA, Iacã Machado. “... como Bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha: experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e a adolescentes em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2010.

MARTELETO, R.M. Análise das redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 30, n. 1, p.71-81, jan./abr. 2001.

MENDES, E. V. *A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário*. Brasília, DF: OPS, 1993. p. 7-19 (Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10).

MENDES, E V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

NICKOLS, F. *Communities of practice: an overview*. [S.l.]: Distance Consulting, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Resolución XIX: violencia y salud*. Washington, DC: Opas, 1993. Mimeografado.

PALUDO, S.; KOLLER, S. Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 2, n. 21, p. 187-195, maio/ago. 2005.

POLÍTICA nacional para inclusão da população em situação de rua. Brasília, DF: Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, 2008.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos para construção democrática*. São Paulo: Cortez, 2000.

REDE Integrada do Terceiro Setor. Disponível em: <http://ensinar.wordpress.com/2008/09/22/fundamentos-sobre-redes/>

SAMPAIO, C.M.A.; CAMPOS, M. A. (Org.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Org.). *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1998. p.15-20.

SIAPES – Sistema Integrado de Apoio à Estatísticas. Relatório dos dados das equipes de Consultórios na Rua, 2013.

Unidade de Aprendizagem II – Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua

AGOSTINHO, M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 327-330, 2007. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10366/10102>>. Acesso em: 09 out. 2018.

BALINT, M. *O médico seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 2 fev. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Consultório na rua*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php>. Acesso em: 27 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *e-SUS Atenção Básica*. Brasília, DF, [2018]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. Brasília, DF, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*, v. 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de apoio à saúde da Família*. Brasília, DF, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde*: tutorial do solicitante. Brasília: Ministério da Saúde, 2013301.

CAMARGO Jr., K.R. *Biomedicina Saber & Ciência: uma abordagem crítica*. 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec. 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARTILHA PNh clínica ampliada. [S.l.]: Equipe de Referência e Apoio Matricial, 2007.

CERON, M. *Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010. (Especialização em saúde da família. Módulo psicossocial). Disponível em: <<http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/Habilidades%20de%20Comunicacao.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 2, 2004. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

CUNHA, G. T. A *Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc.* [online]. 2011, vol.20, n.4, pp.961-970. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

FARIA, Horácio Pereira de et al. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG: Ed. Coopmed, 2009. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/95>>. Acesso em: 18 set. 2018.

GOMES, Janaína Dantas Germano (Coord.). *Primeira infância e maternidade nas ruas na cidade de São Paulo*: relatório de pesquisa. São Paulo: Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo Coordenadora, 2017. Disponível em: <<https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MARTINS, A. Novos Paradigmas em Saúde, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.9, n.1. Rio de Janeiro: IMS/EdUERJ, 1999 (<http://www.saude.inf.br/andre.htm>)

MELO, R. H. V. et al. Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, p. 58-71, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 9 out. 2018.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde*: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 09 out. 2018.

MENDES, W. et al. *Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais*. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, dez. 2005.

PACHECO, Joice. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Processo de trabalho na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina.

PLATAFORMA de Telessaúde do Ministério da Saúde: tutorial do solicitante Brasília, DF: Ministério da Saúde; Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

PRIMEIRA INFÂNCIA E MATERNIDADE NAS RUAS NA CIDADE DE SÃO PAULO. Relatório de Pesquisa, Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, Coordenadora Janaína Dantas Germano Gomes, Editora Lampião, 2017. Disponível on line em <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>, acesso em 29 de Julho de 2018.

SANTANA, C. L. A; ROSA, A. S. *Saúde mental das pessoas em situação de rua*: conceitos e práticas para profissionais da assistência. São Paulo: Epidauros Medicina e Arte, 2016.

STARFIELD, B. Coordenação da atenção: juntando tudo. In: STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. p. 365.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 3, n., p. 151-157, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/153>>. Acesso em: 18 set. 2018.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma. *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015.

TRINO, A.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. R. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma (Org.). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. UNA-SUS. *Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica*, 6: processo de trabalho na atenção básica. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina/Centro de Ciências da Saúde, 2014.

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104> – Texto Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares – Flávio Lúcio G Coelho, Leonardo Cançado Monteiro Savassi – *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*.

<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/153> – Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Joana Lourenço Lage, Flávio Lúcio Gonçalves Coelho, Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750: v. 3 n. 2 (2012): Educação, escalas de risco e vigilâncias para Atenção Primária à Saúde.

<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437/4021> - MELO; VILAR; FERREIRA; PEREIRA; CARNEIRO; FREITAS; DINIZ JR. Análise De Risco Familiar Na Estratégia Saúde Da Família: Uma Vivência Compartilhada Entre Preceptores, Discentes E Agentes Comunitários De Saúde: Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, 2013.

Sites consultados

<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1369666730cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude_parte_002.pdf302>

<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366> - Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2007.

Unidade de Aprendizagem III – Cuidado à pessoa em situação de rua

AMIRATI, Katia Muniz; VANNUCCHI, Ana Maria Cortez, LEÃO, Lilian Carvalho. Estratégias da área da saúde para a assistência à população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 169-189.

ARAGÃO, Júlio; TAVARES, Mauro. Como preparar um relato de caso clínico. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, ano 4, n. 9, abr. 2009. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan./abr. 2012.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso em formato de manual*. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A história de Beta*. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília, DF, 2003. (Série Manuais, n. 57).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004. 340 p. (Série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2009. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças crônicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF, 2007. 192 p. (Cadernos de atenção básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gravidez de alto risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília, DF, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 18).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. 98 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Procedimentos*. Brasília, DF, 2011. 64 p. (Cadernos de atenção primária, n. 30).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, DF, 2009. 112 p. (Cadernos de atenção básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF, 2009. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento*. Brasília, DF, 2008. 24 p. – (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental*. Brasília, DF, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília, DF, 2005. (Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Idoso. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela saúde 2006, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF, 2008. 60 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília, DF, 2010. 242 p. (Cadernos Humaniza SUS; v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. 2. ed. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dermatologia na atenção básica*. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de atenção básica, n. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 111).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas*. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose*. 6. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de atenção básica, n. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cinco passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/cinco-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/manual-tecnico-para-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hepatites virais: o Brasil está atento*. 3. ed. Brasília, DF, 2008. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Brasília, DF, 2005. (Série Manuais, n. 68).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria n. 233, de 18 de maio de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 maio 2010. Disponível em: <<http://www.abglt.org.br/docs/Ministerio%20do%20Planejamento%20portaria%20233%202010.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Cartilha direito à saúde mental*. Brasília, DF, 2008. Disponível na biblioteca virtual do curso.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF, 2005.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarell et al. Envelhecimento sem-teto: reflexões sobre violência. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 139-154.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 476-481, 2010.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarell; ROSA, Anderson da Silva; ROSA, Andressa da Silva. Pobre, velho e na rua: um trinômio que exige cuidado. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 127-138.

BUFONI, Natalia Tenore; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Travestis em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 93-112.

CABRAL, Patrícia; SANTANA, Carmen L. A. de; SOUZA, Eduardo Sodré de. Contribuições e significados do projeto a cor da rua para extensionistas e travestis em situação de rua. In: SILVA, Anna Carolina M. da; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; SANTANA, Carmen L. A. de. *Com unidade: experiências extensionistas*. São Paulo: Pagina & Letra, 2014.

CALIFE, Karina; LAGO, Tania; LAVRAS, Carmen. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP*: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: Secretaria da Saúde/Coordenadoria de Planejamento em Saúde/Assessoria Técnica em Saúde da Mulher, 2010.

CAMINHOS do cuidado: Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica: caderno do tutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Projeto em parceria Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição/Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

CAMPBELL, D. J. T. et al. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BMC Family Practice*, v. 16, p. 139, 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>. Acesso em: 18 out. 2018.

CANDIANI, C. DST, HIV e AIDS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. p. 63-64. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

CANDIANI, C.; PEDRA, M.; GALLANI, A. Álcool e drogas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. p. 72-77. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PROF. ALEXANDRE VRANJAC. Coordenadoria de Controle de Doenças. Divisão de Tuberculose. *Tuberculose*: perguntas e respostas: 30 questões para entender e atuar no atendimento de tuberculose nos serviços de saúde. 2. ed. São Paulo, nov. 2011.

CHINMAN, M.; ROSENHECK, R.; LAM, J. The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, v. 51, n. 9, p. 1142-1147, Sept. 2000.

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2011.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago. 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Básica. *Parecer CNE/CEB n. 16/99*. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF, 5 out. 1999. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_parecer1699.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

DICIONÁRIO on-line de português. [S.l.]: 7Graus, 2014. Disponível em: <www.dicio.com.br/cuidado/>. Acesso em: 26 jun. 2014.

ELIAS, L.; BASTOS F. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, dez. 2011. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300021>

ESCABIOSE: atualização farmacoterapêutica. Clin-Alert, São Paulo, ano 1, n. 2, [2005]. Publicação do Centro de Informações sobre Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

ESCOREL, Sarah. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais: os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. [S.l.: s.n.], 2001. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>.

ESPECIAL tuberculose São Paulo. Direção Rafael Figueiredo, Produção Paula Lagoeiro, Fotografia Claudio Zigiotto. Rio de Janeiro: Canal Saúde na Estrada, 28 mar. 2011. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=especial-tuberculose-sao-paulo>. Acesso em: 26 jun. 2014.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FERNANDO, Andrade Carlos; SANTOS, Luciana U. dos; CECÍLIO, Ana Tereza Brandão. Controle da pediculose: um projeto educativo: manual do professor. Campinas: Departamento de Zoologia/ Instituto de Biologia/Unicamp, 2000. Disponível em: <http://www.piolho.org.br/artigos/apostila.pdf>

FIGUEIREDO, D. A. et al. *O estudo de caso como estratégia de ensino e aprendizagem na disciplina de enfermagem em clínica I: opinião dos discentes*. Trabalho apresentado no 10. Encontro de Iniciação à Docência, 2000. Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDEMCAMT03.pdf>>.

FORD PJ, Cramb S, Farah CS. *Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population*. Aust Dent J. (2014)

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; MERHY, E. E. *Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado: o trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, Winter 1974.

FUBONI, Talline Barbosa; ROSA, Anderson da Silva. Mulheres em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 113-126.

GAMBA, Monica Antar et al. Pessoas em situação de rua com anormalidades da pele e feridas: uma proposição! In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 207-219.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. Saúde pública, bioética e equidade. *Revista Bioética*, Brasília, v. 5, n. 1, 1997.

KAHHALE, Soubhi; SOUZA, Eduardo de. *Protocolos de obstetrícia*: descrição, diagnóstico, tratamento. São Paulo: Prefeitura de São Paulo: Rede Mãe Paulistana, 2012.

KULICK, Don. *Travesti*: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

MEIRELLES, Bell. *Alerta Contra O Bk (tuberculose)*. [S.l.]: Vagalume, [20--]. Disponível em: <<http://www.vagalume.com.br/bel-meirelles/alerta-contr-o-bk-tuberculose.html>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*: diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2007

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase*: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2010. 84 p

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Linhas de cuidado*: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF, 2010.

OSIRO, Katsumi. *Abordagem de pequenos ferimentos na atenção primária*. São Paulo: UNIFESP, 2011. Curso de especialização à Distância em Saúde da Família. Disponível em <http://goo.gl/9nnx6Y>.

PEDICULUS Humanus. *Wikipedia*: a enciclopedia livre, 2013. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pediculus_humanus>. Acesso em: 15 abr. 2014.

PEREIRA, Clara Maria Conde et al. O processo de morrer e a morte em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde*: olhares sobre a situação de rua. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 155–168.

PEREIRA, S. R. M. et al. *Quedas em idosos*. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008. Projeto Diretrizes AMB e CFM. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PROCÓPIO, Maria José (Coord.). *Controle da tuberculose*: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EaD/ENSP/Fiocruz, 2008.

OS PROBLEMAS clínicos mais comuns junto à população em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos). cap. 7, p. 69-71.

RIBEIRO, Mário Sergio (Org.). *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Tomada de decisão em equipe de reabilitação: questões específicas relativas à assistência e à pesquisa. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 3-13, jun. 2006.

RÚINAS da loucura. Um filme de Karine Emerich e Mirela Kruel. Apoio Fiocruz Vídeo. Porto Alegre: Modus Produtora, 2009. 1 vídeo (26 min). Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=ja_neCn3B1c>.

SANTA CATARINA. Corregedoria-Geral da Justiça. *Plano individual de atendimento*. Florianópolis, [20--]. Disponível em: <<http://cgj.tjsc.jus.br/ceja/piacompleto.doc>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual de atenção à pessoa idosa*. 2. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem).

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual para auxiliares de enfermagem: assistência ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. São Paulo, 2007

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde*. 2. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem).

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual técnico: saúde do adulto*. 2. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem).

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Manual técnico: Saúde da criança e do adolescente nas Unidades Básicas de Saúde*. 4. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem).

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. *Programa Mãe Paulistana*. São Paulo, 2006

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde. Programa de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético. *Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético*. São Paulo, 2009.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, Maria Cristina Dias; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 222-229, abr./jun. 2010.

SILVEIRA J. L., GURGEL C., STANKE R. *Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau* – Santa Catarina Ciênc. cogn; 13(1): 2-11, mar. 31, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 6. Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 4, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUZA, Eduardo Sodré; ZIONI, Fabíola. O tratamento diretamente observado para a tuberculose entre a população em situação de rua. In: ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella (Org.). *Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua*. Curitiba: Ed. CRV, 2013. p. 189-205.

VAN HOUT M. C., Hearne E Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. *J Ir Dent Assoc*. 2014 Jun-Jul; 60(3):144-9.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Pedagogia Médica: revista SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf>.

YAMADA, Aparecida Teruko Tominaga; LAVRAS, Carmen; DEMUNER, Maris Salete (Org.). *Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS)*. São Paulo: SES/SP, 2011. 68p.

Formato: 205 x 260mm
Tipografia: *Meridien LT Std* e *Frutiger Lt Std*
Papel do Miolo: *Offset 90g/m²*
Papel e Acabamento Capa: *Triplex LD 250g/m²*
Ctp Digital: Walprint Gráfica e Editora
Impressão e acabamento: Walprint Gráfica e Editora

Rio de Janeiro, novembro de 2018.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da
Saúde

Governo
Federal

ISBN 978-65-6432-053-0



9 788584 132053 0