

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE ÚNICA

ANA ALICE DE QUEIROZ RIBEIRO BARBOSA

**VIGILÂNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS
DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO
RECIFE-PE**

Recife

2021

ANA ALICE DE QUEIROZ RIBEIRO BARBOSA

**VIGILÂNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS
DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO
RECIFE-PE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Única da Universidade Federal Rural de Pernambuco como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre Profissional em Saúde Única.

Orientador: Prof.º Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Recife

2021

ANA ALICE DE QUEIROZ RIBEIRO BARBOSA

**VIGILÂNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS
DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO
RECIFE-PE**

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr. Petrônio José de Lima Martelli – Orientador
Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFPE)

Prof.ª Dr.ª Luciana de Oliveira Franco – Examinador
Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Única (UFRPE)

Dr.ª Emmanuela Mendes Amorim – Examinador
Integrante do Grupo de Pesquisa Micropolítica de Gestão do Cuidado em Saúde (FSP/USP)

Recife, 28 jul. 2021.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B238v BARBOSA, ANA ALICE DE QUEIROZ RIBEIRO
VIGILÂNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE-PE / ANA ALICE DE QUEIROZ RIBEIRO BARBOSA. - 2021.
155 f.

Orientador: PETRONIO JOSE DE LIMA MARTELLI.
Inclui referências, apêndice(s) e anexo(s).

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Mestrado Profissional em Saúde
Única, Recife, 2021.

1. Vigilância e Atenção Primária. 2. Determinantes Socioambientais. 3. População em Situação de Rua. I. MARTELLI,
PETRONIO JOSE DE LIMA, orient. II. Título

CDD 614

*“Imagine no possessions
I wonder if you can
No need for greed or hunger
A brotherhood of man
Imagine all the people
Sharing all the world
You may say I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope someday you'll join us
And the world will live as one”*

(JOHN LENNON, 1971)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não poderia chegar ao momento do parto sem o precioso apoio de tantas pessoas amigas, que pelo caminho contribuíram significativamente, formando uma verdadeira rede, tecida e construída através de finos fios de afeto. Não posso deixar de agradecer à população em situação de rua, que sempre me acolheu, pessoas que são meus verdadeiros mestres no cotidiano do trabalho realizado no Consultório na Rua. Aos companheiros (as) de trabalho, que estão comigo no enfrentamento das dificuldades para viabilizar e garantir os direitos dessa população, que requer um olhar do poder público quanto ao acesso às políticas públicas. Ao meu orientador, Professor Doutor Petrônio José de Lima Martelli, por toda a paciência, disponibilidade, confiança, credibilidade e autonomia, com que sempre me orientou neste trabalho final do mestrado. Um muito obrigado especial, ao Professor Doutor Daniel Brandespim por toda motivação, por ter acreditado no meu potencial, no momento que comecei essa empreitada de pesquisa, nos debates de ideias que travamos, colaboração indispensável. Ivyson Epifânio, querido amigo, que compartilhamos e construímos juntos o projeto inicial, com criação de instrumentais para viabilizar esta pesquisa, apresentação de trabalho juntos, também momentos de dúvidas e aflições, seguiu outro caminho, diferente e longe daqui, mas deixou uma sementinha importante. Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas e professores do Mestrado Profissional em Saúde Única, pelas trocas e aprendizados. Por último, quero agradecer à minha família e aos meus pais por toda base educacional que me proporcionaram ao longo da vida, foi muita dedicação deles e em tudo serei eternamente grata. E aos meus filhos, José e Helena, que apesar de todo trabalho e desfoque, olhar pra eles e sentir este amor infinito, fez-me pensar que tenho uma força especial para seguir, mesmo quando tudo pareceu impossível, fez-me acreditar que posso, apesar de tudo parecer estar contra e pelo avesso, também contribuíram pra eu não desistir dos meus sonhos, sobre o quanto é essencial sonhar e lutar pelo que acreditamos.

Gratidão

RESUMO

O presente estudo, objetivou caracterizar as ações de vigilância e atenção primária em saúde e descrever os determinantes socioambientais na população em situação de rua na cidade do Recife-PE. Para tanto, foi realizado um estudo observacional, epidemiológico, descritivo transversal, por meio da coleta de dados através do sistema do e-SUS, resultados obtidos com o questionário aplicado aos profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e um roteiro de diagnóstico de situação ambiental observacional utilizado durante as atividades de visita no território onde vive a população em situação de rua na cidade do Recife. Com elaboração de uma proposta de fluxograma e mapas georreferenciados das áreas que foram identificadas quanto a importância do cuidado com os animais domesticados e em situação de rua, que requer cuidados e acompanhamento quanto à saúde. Como resultados obteve-se a necessidade de investimento em políticas públicas, para viabilizar o atendimento articulado intersetorialmente e multiprofissional, entre os órgãos de Vigilância e Atenção Primária em Saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois esta integração ocorre de forma ainda muito pontual, precisando de um investimento em mudança no processo de trabalho e ações de educação permanente em saúde, voltada às políticas públicas nacionais de atenção básica e vigilância em saúde. Relacionar a atenção ao ambiente e a interação também entre humano e animal, para verificar os indicadores sociais, ambientais e psicossociais, a partir de um olhar mais integral para o território. O acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua, qualificando a prestação dos serviços públicos de saúde voltado para que haja acolhimento à população em situação de vulnerabilidade, visando garantir assim, os direitos dos usuários no Sistema Único de Saúde, como preconizado na Constituição Federal.

Palavras-chave: Vigilância e Atenção Primária. Determinantes Socioambientais. População em Situação de Rua.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the surveillance and primary health care actions and describe the socio-environmental determinants of the homeless population in the city of Recife-PE. Therefore, an observational, epidemiological, cross-sectional descriptive study was carried out, through data collection through the e-SUS system, results obtained with the questionnaire applied to health professionals working in the Health Care Network (RAS) and a script for diagnosing the observational environmental situation used during visiting activities in the territory where the homeless population lives in the city of Recife. With the preparation of a proposal for a flowchart and georeferenced maps of the areas that were identified as to the importance of caring for domesticated and homeless animals, which requires health care and monitoring. As a result, there was a need for investment in public policies, to enable intersectoral and multiprofessional articulated care, between the Surveillance and Primary Health Care bodies in the Health Care Network (RAS), as this integration occurs in a very punctual, needing an investment in change in the work process and permanent education actions in health, aimed at national public policies of primary care and health surveillance. Relating attention to the environment and the interaction between human and animal as well, to verify social, environmental and psychosocial indicators, from a more comprehensive look at the territory. Access to health services for homeless people, qualifying the provision of public health services aimed at welcoming the population in a vulnerable situation, thus aiming to guarantee the rights of users in the Unified Health System, as recommended in the Federal Constitution.

Keywords: Surveillance and Primary Care. Socioenvironmental Determinants. Homeless Population.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Identificação do usuário / cidadão	52
Gráfico 2 – Conhecimento do nome da mãe, 2018 (n=142)	52
Gráfico 3 – Distribuição da população em situação de rua por faixa etária – 2018	53
Gráfico 4 – Distribuição da população em situação de rua por faixa etária – 2019	54
Gráfico 5 – Distribuição da população em situação de rua por sexo	55
Gráfico 6 – Distribuição da população em situação de rua por sexo, 2018. (n=142)	55
Gráfico 7 – Distribuição da população em situação de rua por raça / cor	56
Gráfico 8 – Motivo de saída do cidadão do cadastro	56
Gráfico 9 – Distribuição da população em situação de rua por nacionalidade	57
Gráfico 10 – Relação de parentesco com o responsável familiar	57
Gráfico 11 – Grau de instrução Situação no mercado de trabalho	58
Gráfico 12 – Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho	58
Gráfico 13 – Condições/situações de saúde gerais – 2018	59
Gráfico 14 – Condições/situações de saúde gerais – 2019	59
Gráfico 15 – Ocupação principal	45
Gráfico 16 – Grau de instrução	46
Gráfico 17 – Situação no mercado de trabalho, 2018 (n=142)	50
Gráfico 18 – Origem e frequência da alimentação da população em situação de rua	55
Gráfico 19 – Origem e frequência da alimentação, 2018 (n=12)	56
Gráfico 20 – Identidade de gênero	57
Gráfico 21 – Acesso à higiene pessoal, 2018 (n=142)	63
Gráfico 22 - Cidadão em situação de rua - Acesso à higiene pessoal	64
Gráfico 23 - Problemas renais, 2018 (n=142)	70
Gráfico 24 - Origem e frequência da alimentação, 2018 (n=12)	74
Gráfico 25 - Origem e frequência da alimentação	77
Gráfico 26 - Origem e frequência da alimentação	77
Gráfico 27 - Condições, situações gerais - sobre peso	78
Gráfico 28 - O peso através do prisma das condições de saúde e vulnerabilidade social	78

Gráfico 29 - Contagem de Distrito Sanitário	101
Gráfico 30 - Contagem de local de trabalho cadastradas por equipe de saúde	101
Gráfico 31 - Pessoas em situação de rua	105
Gráfico 32 - Contagem de acolhimentos semanais, realizados para população em situação de rua	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica área de estudo	81
Figura 2 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica DS 1 Recife – PE	81
Figura 3 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica DS VIII Recife – PE	82
Figura 4 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica DS VI Recife - PE	83
Quadro 1 – Observações, sugestões e colocações contidas no questionário destinados aos profissionais de saúde da Atenção Primária	102

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ACE - Agente de Combate às Endemias
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CnaR – Consultório na Rua
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COVID-19 - Coronavírus Disease 2019
CVA - Centro de Vigilância Ambiental
DAB – Departamento de Atenção Básica
DS - Distrito Sanitário
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DIRCON - Diretoria Executiva de Controle Urbano
EBC - Empresa Brasil de Comunicação
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI - Equipamento de Proteção Individual
EMLURB - Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana
eCR – Equipes de Consultório na Rua
eSF - Equipe de Saúde da Família
ESUS AB – Estratégia do Ministério da Saúde através do DAB para reestruturar as informações da APS
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IITB - Instituto de Identificação Tavares Buriel
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR – Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MST - Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
OMS -Organização Mundial de Saúde
PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde
PSR - População em Situação de Rua
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RG - Registro Geral ou Carteira de Identidade
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS COV 19 - Coronavírus 2 de Síndrome Respiratória Aguda Grave
SEAS - Serviço Especializado de Abordagem Social
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SDSDHJPD - Secretaria de Desenvolvimento Social Direitos Humanos Juventude Política Sobre Drogas
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	13
2	CAPÍTULO II - CONTEXTO HISTÓRICO E REFERENCIAL TEÓRICO	18
3	CAPÍTULO III - PANDEMIA COVID-19 E A ESPECIFICIDADE DA ATUAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA RECIFE.....	31
4	CAPÍTULO IV - METODOLOGIA	39
5	CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RECIFE-PE NOS ANOS DE 2018 E 2019 ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS PELO ESUS	50
5.2	IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO	51
5.2.1	Identificação do usuário/cidadão - Faixa etária	53
5.2.2	Identificação do usuário/cidadão - Sexo	54
6	CAPÍTULO VI - SITUAÇÃO DE RUA E ACESSO À RECURSOS HÍDRICOS E HIGIENE PESSOAL.	64
7	CAPÍTULO VII - SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	74
8	CAPÍTULO VIII - SAÚDE ÚNICA E OS DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE	79
9	CAPÍTULO IX - A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA PRÁTICA DO CUIDADO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE	88
10	CAPÍTULO X - POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, PRÁTICA DE CUIDADO E O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA PRINCIPAL	98

11	CAPÍTULO XI - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E MATRICIAMENTO PARA EQUIPES DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO.....	107
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
	APÊNDICE A – Questionário para profissionais de saúde da eCR e Esf.	124
	APÊNDICE B – Roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente na população em situação de rua.....	125
	APÊNDICE C – Fluxograma para o cuidado dos animais de estimação da população em situação de rua na cidade do Recife-PE.....	127
	APÊNDICE D – Registro Fotográfico no Território.....	128
	APÊNDICE E – Quadro 1 – Observações, sugestões e colocações contidas no questionário destinados aos profissionais de saúde da Atenção Primária	138
	APÊNDICE F – Cartilha Saúde Única, Território e a População em Situação de Rua	141
	ANEXO I – Ficha eSUS	146
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE	150
	ANEXO III – Anuência da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR)	150
	ANEXO IV – Documento “declaração de Condição de Rua” da população em situação de rua, como estratégia durante a pandemia para vacinação do COVID-19.....	151
	ANEXO V – Fluxograma Estratégia de Atendimento durante a pandemia....	152
	ANEXO VI – Fluxograma Atendimento POP Rua – Geral	153
	ANEXO VII - Fluxograma Atendimento POP Rua – Gestantes.....	154
	ANEXO VIII - Fluxograma Atendimento POP Rua - Transtorno Mental (TM)	155

1. CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”
(FREIRE, 2005).

Foi a partir da ação-reflexão, no fazer cotidiano do trabalho no Consultório na Rua Recife-PE, que diversas inquietações vieram à tona acerca das pessoas em situação de rua, atendidas por este Programa da Atenção Primária à Saúde, no acolhimento dos mais variados perfis e histórias de vida, no encontro com uma amplitude de cenários vivenciados na rua e que nem todos parecem ver.

O Consultório na Rua atua a partir de articulações e como ordenadora do cuidado, contribuindo com a flexibilização e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, em prol de pessoas que se encontram nas ruas e em situação de extrema vulnerabilidade, como forma de viabilizar o acesso à saúde, uma questão de efetivação de direito da população em situação de rua.

A vulnerabilidade se apresenta como um “conjunto de fatores de natureza biológica, psicológica, social e epidemiológica cuja interação amplia os riscos ou danos de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença ou situação” (C231 SANTA CATARINA, 2003.) Diante de tais riscos, o cuidado e o acesso aos serviços públicos de saúde tornam-se de suma importância no acolhimento, frente aos rebatimentos das problemáticas encontradas no contexto da rua.

Porém, nem sempre os direitos que constam nas legislações, fluxos e protocolos são estabelecidos e executados, ainda há uma grande lacuna para a efetivação prática em sua plenitude. Para tanto, repensar e refletir sobre o campo de atuação da saúde é urgente e necessário, com a construção de políticas públicas específicas, diretrizes estabelecidas, informação e sensibilização de profissionais, através de educação permanente e com abrangência popular, em que se aproxime da realidade vivenciada pelas pessoas que se encontram em situação de rua.

É necessário, então, apreender as questões que envolvem a exposição à rua como situações de violência e discriminação, quanto às condições de vida que incidem no adoecimento; dificuldades enfrentadas, como acesso à água, alimentação, bens e serviços; como lugares insalubres e precários; quanto às questões relacionadas às características ambientais e presença de animais nos locais em que se encontram no território.

Diante de contextos tão adversos de sobrevivência, com profundas precariedades de condições de vida, encontra-se um imenso desafio na prática do cuidado em saúde voltado às pessoas em situação de rua. O trabalho a partir do encontro com a rua leva a elucidar diversos questionamentos, entre tantos, surgiu a questão: Como se caracterizam as ações desenvolvidas pela Vigilância e Atenção Primária em Saúde voltadas a um olhar mais amplo diante dos determinantes socioambientais que incidem no processo saúde-doença na população em situação de rua? Assim, a pesquisa realizada, objetivou:

Objetivo geral: Caracterizar as ações de Vigilância e Atenção Primária em Saúde e descrever os determinantes socioambientais da população em situação de rua na cidade do Recife-PE. Estabeleceram-se como objetivos específicos:

- a) Identificar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua na cidade do Recife;
- b) Descrever a exposição a determinantes socioambientais do processo saúde-doença na população em situação de rua;
- c) Identificar o acesso e a prática do cuidado em saúde na população em situação de rua na cidade do Recife;
- d) Fomentar a integração entre a vigilância e atenção primária em saúde para a prática do cuidado da população em situação de rua na cidade do Recife;
- e) Elaborar um material educativo sobre a população em situação de rua, para ações de educação permanente em saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Foi utilizada como metodologia um estudo observacional, epidemiológico descritivo, transversal e com abordagem qualitativa e quantitativa. O público-alvo são os profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), Consultório na Rua, assim como a

população em situação de rua. Através do instrumental aplicado para um diagnóstico territorial, foi realizado um questionário com variáveis sobre acolhimento, perfil de atendimentos (demandas) e encaminhamentos realizados à Rede de Atenção à Saúde e um roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente voltado à população em situação de rua.

Além disso, foram coletados dados através do e-SUS AB para o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua quanto ao sexo, faixa etária, cor, trabalho e renda, escolaridade, motivo pelo qual passou a estar em situação de rua, onde dormem, onde realizam sua higiene pessoal e necessidades fisiológicas, fontes de obtenção hídrica e nutricional, tipo de alimentação e quantidade de refeições ao dia, quanto aos problemas de saúde, quais serviços procuram quando adoecem, questões relacionadas à discriminação e quanto à documentação.

A partir das informações coletadas sobre as demandas e necessidades levantadas, teve-se o intuito de contribuir com o cuidado e acesso da população em situação de rua na cidade do Recife, com vistas ao atendimento na saúde, tendo como fundamental a porta de entrada através da Atenção Primária e baseando-se no conceito de território para acolhimento e continuidade longitudinal.

Assim, o trabalho apresenta-se como subsídio para elaboração de políticas públicas efetivas voltadas à população em situação de rua, em relação ao atendimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a integralidade e equidade, como fortalecimento e base para implantação de ações semelhantes nos outros distritos sanitários da cidade do Recife, que ainda não possuem eCR, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários.

O material elaborado a partir deste trabalho servirá como um fomentador criativo para os momentos de educação popular em saúde envolvendo os profissionais das equipes de Consultório na Rua, profissionais das equipes Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária e profissionais da Vigilância em Saúde nos territórios onde se encontram a população em situação de rua, com intuito de incentivar construções coletivas.

Como produto desta dissertação e sua pesquisa, elaborou-se uma proposta de fluxograma para utilização a partir da viabilização de ação continuada no território de forma articulada e intersetorial; para tanto, torna-se importante viabilizar mudanças no processo de trabalho voltando-se à incorporação da integração entre a vigilância e a Atenção Primária em Saúde para a prática do cuidado à população em situação de rua na cidade do Recife, e elaborando-o a partir dos resultados verificados na população em situação de rua.

A partir da observação e coleta de informações no território, foram georreferenciados os locais que continham animais domesticados sem vacinação antirrábica e devido acesso aos cuidados, sem acompanhamento no que refere-se ao campo da saúde, apontando a necessidade de um olhar específico das políticas públicas, com ações estratégicas para abarcar este contexto. Além da atenção à relação afetiva existente a partir desta troca entre o homem e o animal, e a importância deste laço para ambos, além dos rebatimentos no meio ambiente que remetem a um olhar mais ampliado de atuação na rua.

Assim como a compreensão da necessidade da articulação com os equipamentos da assistência social - tais como: locais para banho, alimentação, encaminhamento à documentação, com acompanhamento social e psicológico no território para que possa viabilizar o acesso aos direitos sociais. Imprescindível lidar com a população em situação de rua a partir do viés da questão social, que perpassa ainda sobre a problemática da escassez das ofertas de serviços públicos neste campo.

Este trabalho tem como divisão, primeiramente a introdução ao assunto abordado com os objetivos do referido estudo. O desenvolvimento do texto em curtos capítulos, cujos pontos principais e estruturais são: Contexto histórico e referencial teórico; a explicação da metodologia aplicada; os resultados obtidos através das pesquisas realizadas e a discussão para conclusão do trabalho, finalizando com as considerações finais.

Finalmente, foram incluídos seis apêndices e oito anexos na seguinte ordem: Apêndice A, com o questionário para os profissionais de saúde; Apêndice B, o roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente na população em situação de rua; Apêndice C, fluxograma; Apêndice D, contendo alguns registros fotográficos realizados

durante a pesquisa em campo; Apêndice E, Quadro 1 – Observações, sugestões e colocações contidas no questionário destinados aos profissionais de saúde da Atenção Primária; Apêndice F, uma Cartilha Saúde Única, Território e a População em Situação de Rua.

Quanto aos anexos, tem-se Anexo I da Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa; Anexo II do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE; Anexo III da Anuência da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR); Anexo IV declaração para população em situação de rua (documento para vacinação COVID-19); Anexos V, VI, VII e VIII são Fluxogramas Existentes na Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua do Recife-PE.

2. CAPÍTULO II - CONTEXTO HISTÓRICO E REFERENCIAL TEÓRICO

As pessoas que se encontram em situação de rua também têm direito a uma vida com saúde, trabalho, educação, segurança, moradia, assistência social e lazer. Esses direitos foram reconhecidos por vários países, na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948). Essa Declaração afirmou que “todas as pessoas nascem livres e iguais” e que “todos nós temos direito à liberdade e à segurança pessoal”, em que todos devem ser reconhecidos e protegidos por lei, sem discriminação. Dessa forma,

Com ela, passa a ter reconhecimento internacional a definição de direitos humanos como o acúmulo de três níveis diferenciados de direitos, a saber, os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais, além de ter sido dado um decisivo passo na direção da afirmação dos direitos dos povos. (MONDAINI, 2006, p. 148)

Antes deste processo de garantia de direitos ao ser humano como um todo, deve-se ao longo da história uma “desumanização”, como houve na transição do feudalismo para o capitalismo, que teve na sua essência a “separação radical entre o produtor e os meios de produção”, pois,

para que o sistema capitalista viesse ao mundo foi preciso que, ao menos em parte, os meios de produção já tivessem sido arrancados sem discussão aos produtores, que os empregavam para realizar o seu próprio trabalho; que esses meios de produção se encontrassem já nas mãos dos produtores comerciantes e que estes os empregassem para especular sobre o trabalho dos outros. O movimento histórico que separa o trabalho de suas condições exteriores indispensáveis, eis a causa da acumulação chamada “primitiva”. (MARX, 2004; p. 14).

Com este trabalhador alijado dos seus meios de produção e nesta transição, o camponês repentinamente perde sua propriedade, assim vai vender sua força de trabalho nas

idades. Entretanto, nem todos tiveram espaço e tampouco se adaptaram a toda esta mudança brusca, por consequência alguns passaram a sobreviver nas ruas.

Houve a “legislação contra vadiagem, promulgada nos fins do século XVI, no Oeste da Europa” para criminalizar os chamados vagabundos e pobres, assim como ocorreu na Inglaterra em 1530, com exclusão de várias pessoas por serem consideradas mendigos, entre outras legislações e estatutos que tratavam de tortura e encarceramento para estas pessoas, que as obrigavam a trabalhos e ocupações forçados, sem dispor de condições (MARX, 2004).

Na fase da Revolução Industrial (final do séc. XVIII e início do séc. XIX), houve a preponderância do capital mercantil sobre a produção e tem-se a condição de absoluta pobreza e degradação dos trabalhadores que dispunham apenas da venda de sua força de trabalho para sobreviver, então acabaram se tornando parte do “exército industrial de reserva”, no qual ficaram à mercê de toda injustiça, em meio a falta de trabalho.

Esse processo histórico que expressa as desigualdades sociais geradas por meio da relação de exploração capital e trabalho serviu de base estrutural para a formação da questão social. Assim, “a reprodução do fenômeno população em situação de rua vincula-se ao processo de acumulação do capital, no contexto da população contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo” (SILVA, 2009, p.97).

Os sistemas de proteção social públicos surgem, nos países capitalistas ocidentais, como resposta à questão social. Portanto, são resultantes das pressões das lutas sociais que agregam e adensam reivindicações, trazendo à cena pública os problemas sociais transformados em demandas políticas, introduzindo-as no campo das disputas políticas e das prioridades de políticas públicas. (TEIXEIRA, 2007)

A historiografia sobre a saúde pública no Brasil aponta ainda que, após o fim da escravidão, por volta de 1890, e também com o advento da proclamação da República (marcada, sobretudo, por interesses financeiros), o controle de doenças nos centros urbanos e

a assistência a população em termos de saúde tornaram-se ainda mais precárias. Este movimento acompanha o processo de consolidação do capitalismo no país.

Nesse ínterim, Oswaldo Cruz desenvolveu vacinas com intuito de combater as pestes que se espalharam pelo Brasil, modificando a interpretação que se tinha no período acerca das enfermidades. Apesar disso, houve uma implementação de uma política sanitária com a culpabilização dos pobres pelo acometimento das doenças. A vacina contra varíola surgiu em caráter obrigatório e houve muita revolta entre os populares.

A trajetória histórica percorrida pela saúde pública no Brasil esteve marcada por epidemias, tais como: a febre amarela, varíola, cólera, malária e tuberculose. Desde o início do século passado, um estado de calamidade se instalava intermitentemente no país, chegando a provocar grande temor na população quando uma dessas moléstias se aproximava de nossos portos. Isso ocorria, em especial, pela precária situação dos insalubres centros urbanos brasileiros, espaços privilegiados para a proliferação de doenças de grande contágio. (TEIXEIRA; PIMENTA; HOCHMAN; 2018).

Uma problemática recorrente foi a questão da classe trabalhadora, até porque não existia uma política de saúde pública nesta época, sendo a assistência médica pautada na filantropia com os hospitais benevolentes ou cuidados a partir de benzedoras tradicionais da comunidade. Assim, no início do séc. XX, a população pobre só podia dispor de atendimento nos referidos hospitais de caridade mantidos pela Igreja Católica, tal como a conhecida Santa Casa de Misericórdia. Diante dessas ausências, as epidemias foram se agravando e os políticos tinham receio que os estrangeiros não quisessem investir capital neste país e nem estabelecer acordos comerciais devido à situação de doenças que assolavam todo o território nacional (TEIXEIRA; PIMENTA; HOCHMAN; 2018).

Uma medida efetuada na época, por volta de 1900, foi relacionada ao investimento em serviços relacionados ao saneamento na cidade de Santos, em que Emílio Ribas atuou dirigindo a Comissão Sanitária da referida cidade, em parceria com o engenheiro Saturnino Brito. Fizeram um bom trabalho quanto à limpeza urbana, isolamento dos doentes e até interromperam a proliferação do *Aedes aegypti* (UJVARI, 2020). Entre tantos outros trabalhos

importantes, com a modernização do local, chegou-se, na época, a acreditar que o porto de Santos não seria mais atingido pelas epidemias.

No entanto, o advento da gripe espanhola (1918), uma epidemia que se espalhou entre vários países e matou milhares de pessoas no Brasil (semelhança com os tempos atuais de pandemia do COVID-19), mostrou a necessidade de alguma garantia quanto ao cuidado em saúde de uma forma intersetorial, articulada e até global.

A pandemia mais impactante do último século ficou conhecida como gripe espanhola, dizimando cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, estima-se que tenha havido 300 mil mortes, sendo, aproximadamente, 4 mil no Rio Grande do Sul. Entretanto, esses foram os números oficiais divulgados; os casos de subnotificação eram milhares. (ROSSI, 2015)

Foi durante as reformas do Estado Novo, entre os anos de 1930 e 1946, que começou a se redefinir o papel do Estado em termos de saúde pública, com uma atenção priorizada a algumas categorias profissionais. Nesta época houve uma crescente industrialização e urbanização nas cidades, e, como substrato, uma piora nas condições de saúde e habitação da população empobrecida.

E com este interesse voltado aos trabalhadores que impulsionaram a industrialização, foram criadas na época de Getúlio Vargas, as CAPS (Caixa de Aposentadorias e Pensões), que após passaram a se chamar IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensão Social), voltado para as categorias profissionais, criado o Ministério da Educação e Saúde, havia dificuldades quanto aos recursos, por não estar em um único ministério e pela ocasião dos desvios para a financiar a industrialização do país, o que precarizou mais as questões voltadas à saúde. (TEIXEIRA; PIMENTA; HOCHMAN; 2018)

Durante o Estado Novo houve uma mudança muito importante na questão da saúde preventiva, e o tema da alimentação foi fundamental para isso. Campanhas como a do Salário Mínimo, a criação do Instituto de Nutrição, a publicação da Geografia da Fome de Josué de Castro, são exemplos de ações desenvolvidas nesse período, em que houve uma preocupação com a questão da saúde pública, que era uma demanda histórica no país, desde o século XIX.

Estas formas políticas de atuação do Estado sobre as questões de saúde pública tendem a se expandir, quando, no contexto do regime militar no país, houve uma diminuição do investimento em atendimento à saúde da população, ao passo que se intensificaram as desigualdades sociais, através de “[...] uma inversão de prioridade da saúde pública, organizada pelo Ministério da Saúde, para a saúde curativa, individual” (CISLAGHI, 2019).

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos 60, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após a reestruturação do setor em 1966. (CISLAGHI, 2019 *apud* BRAVO, 2010, p. 42).

Durante a ditadura militar no Brasil, houve um período além de repressão política, houve um sucateamento da saúde pública, redução em investimentos em saneamento. Com o crescimento e expansão das cidades, nesse contexto que, entre os anos 70 e os anos 90, “os movimentos sociais urbanos movem-se em torno de uma série de questões, carências e reivindicações pertinentes à vida urbana como entendida pelos setores populares: habitação, meios de transporte público, educação, saúde, cultura e lazer, creches, saneamento, fornecimento de água, luz e gás etc” (PERRUSO, 2012)

Assim, ocorreram as chamadas mobilizações de bairros para reivindicar direitos relacionados às questões urbanas por condições de sobrevivência das famílias, com pauta política e econômica. Foi nessa época em que houve uma grave epidemia de meningite. Esse fato, impulsionou a necessidade de produzir experiências inovadoras de saúde, com ideias centradas na formação da atenção básica.

Configurou-se o movimento da saúde coletiva, ganhando ímpeto sua formulação no quadro político da segunda metade da década de 1970,

quando a bandeira da redemocratização e também a do direito à saúde ganharam força. Em decorrência dessa dinâmica ampla, vinda da academia, dos agrupamentos sociais e políticos, é criado, junto à Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se o país vivia o esforço de retomada de um processo democrático sempre inconcluso, como símbolo do fim do período ditatorial, também teria de atentar para suas limitações históricas evidentes, aliadas às novas balizas econômicas e políticas dos anos 1990, que defendiam a redução do Estado e o fim da proteção social de seus cidadãos. (TEIXEIRA; PIMENTA; HOCHMAN; 2018)

Essa foi uma parte fundamental para a modelagem da estrutura atual das políticas de saúde no Brasil. Mas de igual importância, ainda na década de 70, a partir das lutas por melhorias nas condições de vida e saúde da população no contexto da ditadura militar, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que em 1986, consolidou-se e se transformou em projeto.

Foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde que os preceitos da Reforma Sanitária foram efetivados. As discussões giravam em torno do acesso à saúde enquanto direito universal, com amplo debate na sociedade quanto ao novo modelo de saúde para o Brasil, que precisaria rever leis e formas de financiamento da saúde, visando que houvesse a efetivação das propostas da reforma.

Entre 1986 e 1987 houve a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) sobre a estrutura técnica que seria necessária para tornar possível a mudança do serviço de saúde. Uma das conquistas da reforma sanitária foi a saúde passar a ser entendida para além da ausência de doença, em seu aspecto mais amplo, englobando as questões de bem-estar físico, psíquico, sócio-político, numa visão mais integral. Resultou também na universalidade do direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). É, portanto, um movimento convergente ao da já citada 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No Brasil, houve também um processo de urbanização impulsionado pela industrialização, que ocasionou transformações sociais decorrentes do fluxo migratório. O desenvolvimento do país foi marcado por uma rápida urbanização, com rebatimentos na formação estrutural das cidades, em que muitas pessoas ficaram sem acesso à moradia ou em habitações sob condições degradantes.

Na década 1980, houve o fim da ditadura militar e a abertura política com luta e reivindicações por direitos. Em meio a tantas reivindicações, o movimento operário tornou-se um dos protagonistas dos movimentos populares, reunindo pautas convergentes num mesmo palco para que ocorresse a 8ª Conferência Nacional de Saúde (realizada entre 17 e 21 de março de 1986). Considerado um dos momentos mais importantes para a saúde, um marco histórico, defendendo a partir de então, a ideia do Sistema Único de Saúde para ser aprovado na constituinte.

O movimento ganhou fôlego e obteve-se a inserção do SUS na Constituição de 1988 como direito garantido por lei, inicialmente com seus conselhos e conferências para garantir melhoria contínua e aquisição de recursos; posteriormente, em 1990, a sua regulação com as Leis 8080/90 e 8142/90.

Com a Constituição Federal do Brasil de 1988, muitos direitos foram conquistados, esta impulsionou e serviu como base para as políticas públicas, como também, para a população em situação de rua. Como consta nos artigos 5º e 6º,

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade... Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Assim, as políticas sociais tiveram sua trajetória relacionada ao modo de produção capitalista a partir de sua expansão no Século XIX. As políticas surgem a partir de movimento

social realizado pelos trabalhadores em busca de reconhecimento político e de sua cidadania diante do Estado, este, por sua vez, executa tais medidas com vista ao controle da ordem social e da reprodução das relações sociais capitalistas.

A proteção social, na contemporaneidade, caracteriza-se pelo ideário neoliberal de mínimos sociais, diminuição e desresponsabilização do Estado, por meio de ações focalizadas, residuais, pontuais e mercantilizadas. No entanto, as políticas sociais devem ter a função de contribuir para a satisfação das necessidades fundamentais, autonomia e emancipação dos indivíduos, assim:

As políticas sociais teriam, pois, a função de materializar os direitos sociais, possibilitando uma redistribuição maior da riqueza socialmente produzida, porém, não são capazes de acabar com as desigualdades sociais nem tampouco de eliminar a estrutura de classes sociais. (SILVA, 2009, p. 14)

A Lei 8.080 de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde, em que estabelece a política de saúde no Brasil, que compõe o tripé da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social). A luta pela saúde como direito universal foi defendida pela Reforma Sanitária e conquistada através de lutas populares e de movimentos sociais.

Nos anos 90 começam algumas manifestações a respeito da população em situação de rua, porém de forma incipiente, mas é apenas a partir do século XXI que de fato a população em situação de rua começou a ter seus direitos reconhecidos, após séculos de exclusão, invisibilidade e negação de direitos. Cabe salientar que ainda há muita luta pela conquista de direitos e efetivação de políticas públicas para esta população, uma vez que,

[...] o fenômeno social, população em situação de rua constitui uma síntese de múltiplas determinações, cujas características, mesmo com variações históricas, o tornam um elemento de extraordinária relevância na composição da pobreza nas sociedades capitalistas. (SILVA, 2009, p. 91).

De acordo com o Decreto Presidencial 7.053/09 a definição de população em situação de rua é caracterizado como um grupo heterogêneo presente nos grandes centros urbanos

brasileiros que tem sua principal fonte de sustento nas ruas, encontrando-se em situação de pobreza com rompimento e/ou fragilidade dos vínculos familiares e/ou afetivos, sem moradia convencional, fazendo das vias públicas espaço de moradia e sustento, mesmo que temporariamente ou de forma definitiva, podendo ainda utilizar-se de locais de acolhimento para pernoite de forma provisória/temporária (BRASIL, 2009).

Há alguns marcos importantes neste processo. Em 2004, por exemplo, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004), que atribui à Proteção Social Especial ao atendimento da população em situação de rua. Houve também a Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e inclui atendimento especializado para a população em situação de rua.

O Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. E tem-se também a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica e incluiu Equipes de Consultório na Rua; e a Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes e organização dos Consultórios na Rua. E mais recente, a Portaria 1.255 de 18 de Junho de 2021, que dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das eCR.

Diante de todo esse contexto de desigualdades sociais existente no Brasil e a histórica exclusão da população em situação de rua, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir o acesso à saúde das pessoas em situação de rua, foram criadas as equipes de Consultório na Rua (CnaR), lembrando que esta conquista foi decorrente de reivindicação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (2005), alguns militantes e movimentos sociais.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o Consultório na Rua compõe um dispositivo da Atenção Básica de Saúde, que atua sendo articulador da rede de atenção à saúde, prestando atenção integral à pessoas em situação de rua, tendo como base de sua prática a construção de vínculo, de maneira processual, com o objetivo de promover

cuidado longitudinal a esta parcela da população que historicamente é distanciada dos serviços de saúde.

As equipes são multiprofissionais e realizam atividades itinerantes, com ações contínuas nas ruas, em diversas unidades de saúde ou ainda em instituições e setores da Assistência Social, sempre em parceria com o território. De maneira geral, trabalha-se de modo intersetorial, debatendo acerca da construção de fluxos que permitam um acesso maior e de qualidade às necessidades das pessoas que estão em situação de rua.

É importante considerar que todas as conquistas no âmbito da saúde ocorridas a partir dos anos 80 só foram possíveis com a mobilização, organização e força política que se formaram e organizaram na época, advindos de uma ideia mais progressista da ampla frente política na luta pela liberdade democrática e democratização do Estado, que foi articulada por diversos atores da sociedade com uma pluralidade de ideias, mas que convergem na defesa da saúde como direito social garantido pelo Estado.

Não obstante, na década de 90, houve uma epidemia de cólera, o que provocou uma explícita denúncia sobre as condições de miséria e o precário saneamento que a população enfrentava na época. Mesmo sendo de suma importância diante de todo este cenário, a Reforma Sanitária teve muitas dificuldades na sua implementação. Logo em seu início, o SUS apresentava-se em caos. Apenas no final de 1992, a reforma Sanitária foi legitimada. No mesmo momento ocorreu a criação do programa Saúde da Família (PSF), datado de 1995.

No ano anterior, em 1994, dada a posse de Fernando Henrique Cardoso à presidência, ocorreu a implantação de uma grande reforma nos estados brasileiros com transferência de recursos públicos para entidades privadas sem fins lucrativos, as organizações sociais (OSS). Neste governo, verificou-se um aprofundamento do neoliberalismo no país e um avanço nos processos de privatizações das estatais, assim como, uma grande desvalorização da política de saúde.

Seu sucessor no governo, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, promoveu a criação do SAMU (com transporte para atendimento de urgência e emergência), investimentos nas

UPAs, implementação do Programa Farmácia Popular, do Programa Bolsa Família, além da reforma da previdência e da terceirização da saúde.

Mas torna-se importante destacar nesta época a diminuição da mortalidade infantil, fruto de ações articuladas intersetorialmente em que, com planejamento estratégico (envolvendo a economia, a política, a saúde, a educação, entre outras áreas), obteve-se um resultado importante e significativo diante do índice de mortalidade neste grupo etário, atendendo, assim, a uma das prerrogativas da Organização Mundial de Saúde para todos os países.

A chegada de Dilma Rousseff à casa presidencial ampliou ainda mais estes incentivos na saúde pública, com a criação do programa Mais Médicos, do Programa Nacional Telessaúde Brasil, do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (o QualiSUS). Foi neste governo que se iniciou a atuação da EBSEH para gerenciar hospitais universitários públicos, que por consequência acarretou em redução dos investimentos nos serviços públicos, com a manutenção do subfinanciamento, ocasionando, por fim, expansão e fortalecimento do setor privado.

Essas medidas encontram seus pontos críticos, e ao passo em que houve um crescimento dos planos e seguros privados e incorporação de tecnologias de alto custo nesses serviços, houve a rejeição no Congresso Nacional da proposta de destinação de 10% do orçamento federal para a saúde, que deveria atender, dentre outras ações, o formulado Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica).

Com o impeachment de Dilma, quem assume é o seu vice Michel Temer, cujo projeto de governo buscou acelerar o processo de contrarreformas implementadas no Brasil, ainda em 2016, o que também atinge a área da saúde. É possível localizar em franca disputa, uma reforma sanitária, a reforma sanitária flexibilizada, e um programa privatista, sendo este último, fortalecido na retórica do Governo Federal.

A tônica privatista alcançou tamanha apologia no discurso público reformista do então presidente que se chegou ao ponto de se propor um projeto de SUS totalmente subordinado ao

mercado, com congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, com grandes cortes orçamentários, comprometimento no atendimento à população.

O processo de desmonte da rede de saúde pública no país e seus (des)financiamentos nas políticas sociais, no âmbito da saúde, sobre uma aparência de desenvolvimento do SUS, mas com abalos profundos na estrutura da APS, encontra no governo do então presidente, Jair Bolsonaro, sua face mais feroz. Há um evidente descaso com as instituições de saúde no Brasil, o que acaba por produzir um clima de insegurança generalizada diante das irresponsabilidades cometidas pelo Governo Federal no enfrentamento da pandemia que assolou o país e o mundo inteiro.

A ausência deliberada de uma política de combate a Covid-19 no país, somada a este fator anterior de redução de investimentos na área da saúde, alçou impacto de grandes proporções nas estruturas e programas ligados ao Ministério da Saúde. Nesta questão, tem-se “[...] como exemplo, as epidemias de H1N1, do vírus Zika, também mais recente, relacionada com o novo Coronavírus, SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2), indicam uma possível falta de planejamento relacionado aos diferentes aspectos da tríade Humano-Animal-Ambiente” (SOARES, 2020).

Como também, diante de toda trajetória da saúde pública se tem as questões que se correlacionam no âmbito político, econômico e social, em nível mundial “[...] ainda podem ser citadas as crises do ebola, cólera, Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, Síndrome Respiratória do Oriente Médio -MERS, Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARS, e dengue, que assola principalmente as regiões tropicais” (SOARES, 2020). E os maiores rebatimentos, ao longo da história, recaíram sobre a população em situação de extrema vulnerabilidade social, em que pagou, muitas vezes, com a própria vida.

A saúde pública é compreendida como direito de todos e dever do Estado. Sua execução deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas para que proporcionem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

É fator relevante a universalidade do alcance das políticas públicas de saúde, tal qual descrito na Constituição de 1988. É dentro desta perspectiva que, nas últimas décadas, a temática relacionada à população em situação de rua vem sendo discutida nas políticas sociais de forma mais ampla, não sendo essa população apenas associada à ausência de moradia, pois estes indivíduos encontram-se intrinsecamente relacionados a um processo de exclusão social, sendo importante direcionar discussões no campo dos direitos humanos e sociais que são violados nesta população (MONTEIRO, 2019).

Viver nas ruas aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos devido à exposição a vários fatores de risco presentes nestes locais e que os colocam como alvo de doenças. É notório o crescimento do número de indivíduos vivendo em situação de rua nos grandes centros urbanos desprovidos dos seus direitos básicos de cidadania, sendo um desafio para a rede de saúde absorver e ter resolubilidade dos problemas inerentes dessa situação (BODSTEIN *et al*, 2017). E esse ponto se expõe e agudiza quando surge a questão da pandemia do COVID-19 no Brasil.

3. CAPÍTULO III - PANDEMIA COVID-19 E A ESPECIFICIDADE DA ATUAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA RECIFE

Em meados de Março de 2020, começaram a aparecer notícias dos casos de óbito no Brasil, relacionado ao novo coronavírus. Segundo notícia fornecida através da EBC (11/03/2020), em que Tedros Adhanom, diretor-geral da OMS, anuncia “[...] o estado de contaminação pelo novo coronavírus como pandemia”, pois haviam “[...] mais de 115 países com casos declarados de infecção”. Diante desse novo cenário, os equipamentos de saúde tiveram que se organizar e lançar mão de estratégias urgentes para lidar com toda questão que, tragicamente, estava se apresentando.

O país inteiro enfrentou e ainda está vivenciando, a situação de calamidade diante desse vírus, que incidiu em muitas mudanças e como desafio posto a toda população, que tiveram que seguir orientações sanitárias e diversas restrições sociais. Em que houve rebatimentos no âmbito psíquico, social, sanitário, político, econômico. “O coronavírus está mostrando, em nível planetário, que efetivamente devemos definir um outro rumo para a Humanidade e para a nossa civilização humana. Ao não fazê-lo poderemos percorrer um caminho sem retorno e poderíamos pôr sob grave risco a biosfera e a nossa existência como espécie.” (BOFF, p.8. 2021).

Assim, todo esse caos, causado pelo vírus SARS-Cov-2, apresenta e expõe as fragilidades existentes em nossa sociedade, na forma como nos relacionamos com o meio ambiente, as alterações provocadas e suas consequências, o consumismo desenfreado diante de uma sociedade capitalista, as desigualdades sociais... “[...] Para ilustrar a situação dramática na qual se encontra a Humanidade basta conhecer o relatório de junho de 2020 do grande banco suíço Credit Suisse: ‘1% dos mais ricos possui 45% de toda riqueza pessoal global [ênfatiso pessoal]; os 50% mais pobres ficam com menos de 1%’. (BOFF, p.15. 2021)

Neste ínterim, tem-se a população em situação de rua, desprovida dos meios mínimos básicos para sua própria sobrevivência. Segundo aponta o IPEA num estudo de estimativa, "o

número de pessoas em situação de rua no Brasil cresce 140% entre 2012 e março de 2020, chegando a quase 222 mil brasileiros” (NATALINO, 2020). Por sua vez, durante a pandemia, encontrou-se mais exposta e vulnerável ao adoecimento, devido às condições precárias de vida e inúmeras dificuldades de acesso aos cuidados em saúde, e recursos econômicos. Necessitou de um direcionamento e atenção voltado pelo poder público, nos três níveis de gestão.

No entanto, em âmbito federal, faltou um direcionamento que viabilizasse o acesso da população em situação de rua ao auxílio emergencial, por exemplo, pois não possuíam documentação necessária e tampouco os meios digitais para conseguir realizar seu cadastro no aplicativo Caixa Tem, da Caixa Econômica Federal. Em que houve uma vinculação do cadastro a um número de telefone, apenas um código de acesso gerado para cada aparelho. E assim, inviabilizaram o acesso das pessoas em situação de rua, que não possuem telefone.

O referido aplicativo foi criado, cujo intuito seria de facilitar o acesso dos brasileiros ao recebimento do auxílio emergencial e para realizar transações bancárias, diminuindo assim, o acesso físico ao banco, entre outros motivos. Este auxílio foi destinado aos trabalhadores informais, autônomos, desempregados, MEI, pois devido às medidas de restrições e isolamento social, não poderiam suprir as condições mínimas de sobrevivência de uma família sem trabalho. Além de o governo ter o dever de garantir condições de proteção social nesse dado momento histórico, uma vez que o próprio trabalhador foi impedido de supri-la por cumprimento de medida sanitária imposta a todos.

Tal benefício foi concedido pelo governo federal após a aprovação da Lei 9236/17, que inicialmente seria no valor de duzentos reais, havendo um aumento do valor destinado, após pressão da sociedade, movimentos sociais e alguns partidos. Há uma extensa discussão quanto ao acesso à renda básica para população em situação de vulnerabilidade, desde da Lei nº 10.835 de 08/01/2004 que institui a renda básica de cidadania e dá outras providências, com autoria do senador Eduardo Suplicy (PT/SP) - PLS 266 DE 2001, em que refere-se

viabilizar acesso aos provimentos mínimos necessários de sobrevivência, na perspectiva de proteção social.

Por fim, a Câmara dos Deputados acabou aprovando com o valor referente à seiscentos reais (também, mil e duzentos reais no caso de família composta apenas por mãe e filhos), pois se fazia necessário um posicionamento do governo diante de uma calamidade pública, como a pandemia do COVID 19, tendo em vista que muitos brasileiros entraram em situação de extrema vulnerabilidade e insegurança alimentar, e a fome é implacável e algo inadmissível em pleno século XXI.

ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO CONSULTÓRIO NA RUA NO TERRITÓRIO

A estratégia de vacinação contra o vírus SARS-COV 2 para a população em situação de rua, desenvolveu-se a partir da construção intersetorial entre a SESAU, SDSDHJPD, alguns grupos da sociedade civil e movimentos sociais que realizam a atenção à população em situação de rua. Com vistas à efetivação da garantia de direitos e viabilização de acesso com ações voltadas ao território e com baixa exigência quanto à documentação.

Durante os meses de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, a equipe de Consultório na Rua continuou a realizar suas ações no território, como linha de frente na Atenção Primária à Saúde, para viabilizar o acesso aos cuidados e orientações em saúde à população em situação de rua, que encontra-se em maior vulnerabilidade e risco de adoecimento.

Diante desse contexto, equipes do Consultório na Rua Recife realizaram reuniões semanais para traçar estratégias de atuação frente pandemia, com discussão sobre a situação em que se encontrava a população em situação de rua no território e as condições de trabalho dos profissionais, com tentativas de reformulação e readequação das atividades realizadas. No entanto, foram encontradas diversas dificuldades de implementação devido à própria dinâmica atual e diferenciada encontrada no território no momento de atuação.

Nas reuniões, a eCR solicitou a disponibilização dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), assim os profissionais passaram a ir para o território fazendo uso destes equipamentos, porém com grande dificuldade em realizar o atendimento na rua, devido às aglomerações que ocorriam, até mesmo como estratégia de sobrevivência, onde a população em situação de rua passou a adotar neste período, diante de suas condições reais e objetivas (mesmo com as devidas orientações sobre o distanciamento social).

As ruas estavam desertas por causa do período de isolamento social, assim a estratégia de formar grandes grupos concentrados em determinados pontos da cidade, ajudou no enfrentamento de algumas dificuldades e por questão de segurança também. Momento em que as questões precárias e negação de direitos à população em situação de rua ficaram mais escancaradas. Encontrava-se mais exposta ao risco de adoecimento e em condições de sobrevivência em que se agravou a situação de miséria.

Quanto aos atendimentos do Consultório na Rua no território, houve continuidade na construção e manutenção do vínculo com os usuários assistidos, algo que é tão importante e fundamental na APS para realização do cuidado. Acompanhamento aos casos com condição crônica, gestantes, crianças, idosos, usuários que necessitavam de medicação supervisionada, alguns casos que precisavam realizar algum exame específico.

Houve também, e principalmente, monitoramento de sintomas gripais, manutenção de atividades preventivas e curativas essenciais, como os curativos realizados na rua, cadastro de usuários novos, confecção e entrega de cartão SUS, escuta qualificada aos usuários, entre outros. Além de busca ativa e atenção aos casos prioritários elencados pela eCR, através do levantamento realizado, a partir das prerrogativas de risco ao novo coronavírus e condições de maior comprometimento clínico identificado pelas equipes em atuação no território.

Um trabalho importante foi realizado pela eCR tecendo articulações com a rede, atividades coletivas de educação e saúde, visitas ao território, atendimentos individuais e orientações quanto fluxo de acesso à saúde neste período, atenção e identificação de

sintomáticos de COVID-19 e os devidos encaminhamentos e articulação com a rede (quando necessário) e a sensibilização dos usuários quanto a importância dos cuidados e prevenção.

Em casos suspeitos de COVID, encaminhado às unidades de referência mais próxima, e por sua vez, o SAMU seria acionado no território e orientação sobre a importância do acolhimento numa casa de acolhida da Prefeitura, para manter o isolamento e cuidados necessários, houve a construção de fluxo montado para estes casos específicos e que se encontra no ANEXO V, que foi pactuado entre a SESAU e SDSDHJPD.

A equipe levou a discussão para as reuniões sobre as demandas e necessidades que a população em situação de rua apresentou durante os atendimentos como, por exemplo, a impossibilidade de realizar a higiene pessoal, pois estavam sem acesso à água que geralmente utilizam nos comércios em torno, banheiros públicos e também no mar (quanto à orla da praia de Boa Viagem), por estarem fechados (acesso restrito) e sem poder fazer uso.

E a necessidade de oferta de água para consumo diário a esta população, pois realizam, em sua maioria, a ingestão de água através de doações de populares e restaurantes. A discussão quanto ao acesso à água potável e saneamento, constam como meta na Agenda 2030 (MORETTI, 2021), como forma de fornecer condições de sobrevivência e promoção de saúde.

E também sobre outras demandas clínicas que acabaram se agudizando neste período. Realizada a problematização e discussão sobre a questão da dificuldade em cumprir o isolamento social estando na rua e sem condições mínimas de acesso a direitos sociais que constam no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, tais como alimentação e moradia.

A orientação dada era que houvesse o isolamento social. No entanto, não havia as condições necessárias de oferta de serviço que pudesse abarcar toda população que se encontrava nas ruas em extrema vulnerabilidade. Este foi, sem dúvidas um grande desafio e angústia compartilhada pelos profissionais que atuaram no território durante a pandemia e que ainda se depararam, em alguns momentos, com cenários trágicos que mais se

assemelhavam a um pós-guerra, ruas desertas e a questão da fome apresentando-se de forma gritante.

ORIENTAÇÕES E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇO

Mesmo com toda a dificuldade da população em situação de rua acessar o benefício eventual do auxílio emergencial, pois precisavam fazer uso de recursos tecnológicos (computador e aparelho celular), foi realizada orientação sobre as possibilidades e formas de conseguir efetuar o cadastro para conseguir o direito de receber este recurso temporário e extremamente necessário neste momento.

Para tanto, se fez necessário recorrer primeiramente ao resgate da documentação perdida ou guardada por terceiros, articulação com a equipe do SEAS para emitir documento para a gratuidade de 2ª via de certidão de nascimento em Cartório, depois a orientação foi tirar a 2ª via do RG através do mutirão montado pelo IITB (em pontos estratégicos) com a finalidade de atender aos casos voltados ao recebimento do auxílio emergencial.

Assim como também, orientar e articular a rede informal e familiar destes usuários, com vista a possibilidade de conseguir acessar e realizar o cadastro no auxílio emergencial, assim como apoio ao resgate de vínculos familiares fragilizados. Orientação sobre o ponto de apoio da população em situação de rua no Centro Pop (Serviço de referência à PSR na política de assistência social) e encaminhamento a este serviço, entre outras questões, como local para poder guardar a documentação (tão importante nesta época).

Porém, houveram muitas dificuldades enfrentadas, como redução do quantitativo de profissionais que atuam na política de assistência social dos municípios, que atendem no território, e assim diminuição também da oferta dos serviços prestados. Situação enfrentada, devido às dificuldades de acesso aos EPIs necessários aos trabalhadores e não estarem dentro dos grupos prioritários para receber a vacinação contra o COVID-19. Condição de

precariedade enfrentada por trabalhadores considerados essenciais quanto ao atendimento e população em situação de rua.

REUNIÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS REALIZADAS PELA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA

Foram realizadas reuniões semanais entre as duas eCRs (DS I e VI/VIII) para discussão e definição das atividades a serem realizadas pelas equipe diante da pandemia, num cenário tão adverso e desafiador, assim também houve reunião de cada equipe, visando discutir o território, os casos, com um olhar especial aos casos prioritários e organização da agenda de planejamento a ser implementada ao longo da semana. Houve também reuniões de articulação e discussão de casos emblemáticos com a rede, através dos meios digitais.

AÇÃO DE TESTAGEM RÁPIDA DO COVID PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM ESTE PÚBLICO

Após a estratégia inicial de vacinação contra influenza, foi iniciada a segunda etapa, relacionada à testagem rápida com coleta de amostra de sangue que identifica anticorpos (IgM e IgG) para detectar quem estaria com COVID a partir dos sintomas apresentados, até mesmo sem apresentar sintomas foi realizado o teste, pois a orientação da OMS foi incisiva quanto a importância da testagem em massa para detectar os casos e cuidar antes do agravamento do quadro. O cronograma das ações programadas para esta ação na rua com as testagens voltadas à população em situação de rua, foi até Julho/2020, envolvendo a parceria entre o Consultório na Rua e o SEAS.

Foi traçado um plano de vacina da COVID-19 para pessoas em situação de rua através da Nota Técnica Nº 113/2021, assim viabilizar a imunização das pessoas em situação de rua, com o fornecimento da documentação “declaração de Condição de Rua” (ANEXO IV), para garantir o acesso à vacina para as pessoas em situação de rua, principalmente aos que não possuem documentação, esta emitida através dos Centros POPs e Consultórios na Rua de Recife.

Posteriormente, saíram as recomendações gerais pelo Ministério da Saúde, referentes à vacinação de pessoas em situação de rua contra Covid-19, através da Nota Técnica Nº 768/2021. Com a utilização de estratégia de vacinação “extramuro” para que tivesse uma maior aproximação à realidade e especificidades do público-alvo pretendido, com realização a partir das visitas ao território, com busca ativa no território. Além da garantia de sala de vacina que acolhe esta população, estes processos foram articulados com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o quanto este aspecto foi importante.

Outra questão relevante, dar-se ao fato de ter sido lançada a estratégia, pelo próprio Ministério da Saúde, de priorizar as vacinas da Janssen, que são de dose única, voltada à população em situação de rua, devido à grande dificuldade para a garantia da segunda dose, pois muitos são andarilhos ou mudam de território com uma maior frequência. Apresentando-se como uma conquista e notoriedade do poder público que precisa atender às demandas da população em situação de rua, a partir da compreensão da realidade vivenciada por estas pessoas, que precisam acessar seus direitos.

No início da vacinação foi administrada a vacina CoronaVac aos idosos em situação de rua, depois a astrazeneca aos adultos, de acordo com as faixas etárias em que foram disponibilizadas para a vacinação, por fim, as vacinas da Janssen. Houve monitoramento e retorno para aplicação quanto à segunda dose. E às gestantes, foi destinada a vacina Pfizer.

O que parece ser uma rotina de esquema vacinal, foi um trabalho conseguir inserir a população em situação de rua, oficialmente e como grupo prioritário, nas campanhas de vacinação contra Influenza e da COVID-19, o que é de suma importância para efetivação de direitos desta população.

Na vacinação contra COVID-19, houve parceria da SESAU com os serviços da assistência social, e outros equipamentos da sociedade civil, tais como: Samaritanos, Unificados, Escola Livre de Redução de Danos. Atores importantes, para que a vacinação pudesse acontecer de forma descentralizada e atingindo a um público maior de pessoas em situação de rua, a partir do fortalecimento e incentivo das articulações em rede realizadas.

4. CAPÍTULO IV - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, epidemiológico, descritivo transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco - PROPEGI - UPE através do parecer consubstanciado de número: 3.962.091 e CAAE: 29291019.2.0000.5207.

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado realizado com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde que atuam na Atenção Primária, e também um roteiro de diagnóstico de situação ambiental observacional, aplicado durante as atividades de visita ao território onde se encontra a população em situação de rua na cidade do Recife, contendo variáveis sobre o acolhimento, perfil de atendimentos (demandas) e encaminhamentos (referência) da população em situação de rua (Apêndice I e II).

Foi realizada a pesquisa no período de Junho de 2020 a abril de 2021, para os dados do e-SUS, preenchimento do questionário com os profissionais da Atenção Primária e a observação no território a partir do instrumental criado. Os dados foram tratados confidencialmente, e continuarão armazenados, protegidos e avaliados anonimamente.

Este instrumental precisou ser modificado, sendo o formato anterior uma entrevista presencial com questionário impresso, assim foi adaptado para o formulário online (Google Forms) com envio de link para acesso através de e-mail e aplicativo do WhatsApp, para viabilizar acesso à pesquisa. Como forma de seguir protocolos sanitários para se adequar a situação de distanciamento social neste período da pandemia do COVID-19, foram realizadas tais mudanças.

Assim, após articulação com as pessoas responsáveis pela coordenação de área dos Distritos Sanitários (I, IV, VI, VIII), estas, por sua vez, encaminharam aos profissionais das unidades para responderem à referente pesquisa. Os dados foram obtidos, a partir das respostas dos profissionais de saúde no formulário do Google.

Houve também a observação direta com a população em situação de rua através do acompanhamento de suas atividades cotidianas e das condições ambientais nos locais em que

vivem (presença, ausência e condições de saúde de animais domésticos, silvestres, vetores de enfermidades zoonóticas e arboviroses, presença de animais peçonhentos, sinantrópicos, entulho e lixo), por meio de um roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente na população em situação de rua (ROSSA; RIGON; GARCIA, 2019), como abordagem qualitativa, tal como consta no apêndice II.

Tal instrumental de roteiro diagnóstico contribuiu na observação, registro e análise das informações que foram coletadas a partir das visitas realizadas nos territórios, durante as atividades de campo do trabalho no Consultório na Rua, foram realizadas a coleta em 20 áreas de referência, dividida entre os Distritos Sanitários (I, VI, VIII), este ocorreu mais especificamente, durante o período de agosto a dezembro de 2020.

Os critérios para seleção do local de aplicação do roteiro de diagnóstico ambiental contemplaram: ser um território de concentração da população em situação de rua, ao qual já havia um monitoramento do Consultório na Rua de forma frequente e sistemática, como também estar inserido na agenda de atividade estabelecida na reunião semanal de planejamento da referida equipe.

Para realização da coleta para pesquisa, tornou-se viável devido ao fato da pesquisadora estar inserida numa equipe do Consultório na Rua e atuando na Atenção Primária em Saúde, ao qual continuou com as atividades no território durante a pandemia. Desta forma, foi possível realizar um registro de características que compõem o ambiente que a população em situação de rua está inserida, o que proporciona um subsídio de tais elementos para contribuir na proposta de elaboração de políticas públicas que levem em consideração, as problemáticas vivenciadas por esta população.

Quanto aos aspectos relevantes na formulação das questões que nortearam a observação no território, encontram-se divididos a partir de cinco blocos: Território adjacente a população, com características do local e características ambientais; Presença de animais no território, com número estimado, situação de saúde do animal, encaminhamentos, presença de vetores e outros animais, se houve algum tipo de controle no local; Vulnerabilidade, com questões que apontam acesso aos direitos sociais, situações de risco e violências encontradas;

Acesso a bens e serviços, quanto a benefícios sociais e saúde; Transtorno de acumulação, seja de objetos, animais ou outros, encontrados no território. Por fim, foi inserido no referido instrumental um espaço para as observações quanto aos problemas e desafios encontrados nos locais visitados.

Os Distritos Sanitários supracitados foram selecionados por haver equipes do Consultório na Rua atuando no território (I, VI e VIII) e a inclusão da realização da pesquisa com os profissionais no DS IV ocorreu devido a colaboração e trabalho intersetorial através de parceria com Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), com carta de anuência da Prefeitura do Recife para atuar com a coleta de dados neste território. O trabalho intersetorial ocorreu de forma limitada devido ao período de pandemia.

A partir das informações coletadas sobre as demandas e necessidades levantadas com o intuito de contribuir com o cuidado e acesso da população em situação de rua na cidade do Recife, com vistas ao atendimento na saúde, tendo como fundamental a porta de entrada através da Atenção Primária e baseado no conceito de território para acolhimento e continuidade longitudinal.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, a mesma foi desenvolvida com a anuência da Prefeitura da Cidade do Recife (anexo III). Todos os entrevistados foram informados sobre a pesquisa e tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no questionário do Google Forms (Formulários). Em relação aos benefícios, neste estudo, oferta-se benefícios diretos e indiretos que estão relacionados à contribuição para entendimento da temática abordada na cidade do Recife.

Assim, como subsídio para elaboração de políticas públicas efetivas voltados à população em situação de rua em relação ao atendimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a integralidade e equidade, como fortalecimento e base para implantação de ações semelhantes nos outros distritos sanitários da cidade do Recife, que ainda não possuem eCR, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários.

O material educativo elaborado a partir deste trabalho servirá como um facilitador para suscitar a discussão nos momentos de educação permanente em saúde, envolvendo os

profissionais das equipes de Consultório na Rua, profissionais das equipes Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária e profissionais da Vigilância em Saúde nos territórios onde se encontram a população em situação de rua.

Com adaptações à questão do isolamento social, sem poder realizar uma validação do material educativo pelo público-alvo, para elaboração final do mesmo e de forma coletiva, sendo a apresentação do material entre os profissionais de saúde que atuam na RAS, no cotidiano de trabalho durante realização das atividades de matriciamentos ou na forma de uma oficina com formato virtual, para um momento posterior e adequado às atuais condições sanitárias, evitando reuniões que ocasionam aglomeração de pessoas num mesmo local.

Como produto desta pesquisa, elaborou-se uma proposta de fluxograma para utilização a partir da viabilização de ação continuada no território de forma articulada e intersetorial, para tanto torna-se importante viabilizar mudanças no processo de trabalho voltada à incorporação da integração entre a vigilância e a Atenção Primária em Saúde para a prática do cuidado à população em situação de rua na cidade do Recife.

Para a realização da análise e sistematização dos dados coletados a partir dos questionários aplicados aos profissionais de saúde, o conteúdo da seção final com os elementos “Observações, sugestões e colocações”, foi colocada em formato de tabela (Apêndice I), escolhida a abordagem metodológica da Análise de Conteúdo. De acordo com Minayo (2008), na análise o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados, buscam se sentidos das falas das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e do analisado.

Pretendia-se abarcar um total de 210 profissionais de saúde, sendo apenas um a responder o questionário por unidade, para se obter uma diversidade maior de abrangência. Deste total, chegou-se ao número de 56 profissionais, que responderam e concordaram em participar livremente e de forma voluntária, após estarem de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi incluído no início do questionário enviado.

Observa-se que esta estratégia de enviar questionário online apresentou muitas limitações à participação dos profissionais de saúde na pesquisa realizada, porém foi uma estratégia necessária para que fosse possível a coleta dos dados.

Quanto ao perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua no Recife-PE, foi traçado um recorte de período referente aos anos de 2018 e 2019 através da análise dos dados obtidos pelo e-SUS AB. Os dados utilizados fazem parte do registro no sistema do e-SUS AB quanto aos usuários cadastrados como estando em situação de rua.

Este recorte temporal foi realizado, pois foram nesses anos que houve uma maior cobrança para alimentação do sistema do e-SUS AB, capacitação aos profissionais da Atenção Primária e as unidades começaram a serem equipadas com equipamentos de informática - para viabilizar o trabalho de registros das atividades realizadas a partir desta nova forma de processo de trabalho.

Realizar produção de informações sobre a população de rua, mas para tanto, dever-se-ia acrescentar modificações no sistema atual de sistematização de informações que constam no e-SUS para registro das atividades realizadas que contemplem o trabalho realizado pelas equipes que atuam no território com estas especificidades, seja em âmbito municipal, estadual e principalmente nacional.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária 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.

Relatório de atendimento individual foi gerado através da Série histórica (1.111 FILTROS) Período: 01/01/2018 a 31/12/2018 e Relatório de atendimento individual, Série histórica (730 FILTROS) Período: 01/01/2019 a 31/12/2019. Local de atendimento: Rua. Os atendimentos individuais registrados concentram-se como referência, as unidades de saúde:

US Dom Miguel de Lima Valverde e a Upinha Nossa Senhora do Pilar (locais onde estão lotados as duas equipes do Consultório na Rua existentes). Dados processados e impressos em 09/06/2020, com filtro em todas as unidades, equipes, CBOs e profissionais.

Estes dados do e-SUS AB referentes, com um recorte dos anos de 2018 e 2019 visam traçar um perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua na cidade do Recife-PE, com informações sobre sexo, faixa etária, cor/etnia, trabalho e renda, escolaridade, motivo que levou a viver na rua, onde dormem, onde realizam higiene pessoal e necessidades fisiológicas, fontes de obtenção hídrica, tipo de alimentação, quantidade de refeições ao dia, problemas/condições de saúde.

Importante trazer à tona, neste espaço, alguns aspectos não encontrados neste sistema de dados e que ainda precisam integrar os dados a partir das ações de forma integrada entre a Vigilância em Saúde e a APS, que se encontram amparadas na PNAB e Resolução N° 588 de 2018.

Assim, no sistema do E-SUS deveriam aparecer no campo de registro dos atendimentos e visitas ao território, questões que envolvam animais domésticos, silvestres, vetores de enfermidades zoonóticas e arboviroses, presença de animais peçonhentos, assim como presença ou ausência de entulho e lixo e esta relação existente com o território e principalmente no caso das pessoas que encontram-se em situação de rua com mais exposição e vulnerabilidade.

Os relatórios gerados por este sistema, poderiam apontar mais as problemáticas do território que incidem de forma direta e indireta no adoecimento das pessoas numa determinada localidade e até com prevenção quanto a proliferação e incidência de doenças. A questão da vulnerabilidade social que transpassa área da saúde, prevenção e promoção para um enfoque mais contextualizado e atento ao aspecto social.

A omissão e/ou o recuo do poder público em seu papel de proteção social cria ciclos de reprodução de situações de opressão, não só no sentido da desigualdade no acesso a políticas e serviços, mas de cerceamento da livre expressão e lutas dos sujeitos, o que esconde a dimensão coletiva da vivência das populações em contextos de produção de vulnerabilidades. A saúde

reconhece a preponderância das conjunturas macrossociais sem desconsiderar a dimensão pessoal requisitada para o enfrentamento das situações vulnerabilizantes. (CARMO; GUIZARDI, 2018)

De modo semelhante, na assistência, o conceito de vulnerabilidade é adjetivado pelo termo social, que indica a evolução do entendimento acerca das privações e desigualdades ocasionadas pela pobreza. Conceito de vulnerabilidade social com relação à população em situação de rua o termo vulnerabilidade amplia a compreensão dos múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania

O perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua quanto ao sexo, faixa etária, cor, trabalho e renda, escolaridade, motivo pelo qual passou a estar em situação de rua, onde dormem, onde realizam sua higiene pessoal e necessidades fisiológicas, fontes de obtenção hídrica e nutricional, tipo de alimentação e quantidade de refeições ao dia, quanto aos problemas de saúde, quais serviços procuram quando adoecem, questões relacionadas à discriminação e quanto à documentação.

Os dados foram obtidos, a partir das respostas dos profissionais de saúde no formulário do Google, assim como da observação direta com a população em situação de rua através do acompanhamento de suas atividades cotidianas e das condições ambientais dos locais em que vivem (presença, ausência e condições de saúde de animais domésticos, silvestres, vetores de enfermidades zoonóticas e arboviroses, presença de animais peçonhentos, sinantrópicos, entulho e lixo), por meio de um roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente na população em situação de rua (ROSSA; RIGO; GARCIA, 2019), como abordagem qualitativa, tal como consta no anexo II.

A partir das informações coletadas sobre as demandas e necessidades levantadas com o intuito de contribuir com o cuidado e acesso da população em situação de rua na cidade do Recife, com vistas ao atendimento na saúde, tendo como fundamental a porta de entrada através da Atenção Primária e baseado no conceito de território para acolhimento e continuidade longitudinal.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, esta foi desenvolvida com a anuência da Prefeitura da Cidade do Recife (apêndice I). Todos os entrevistados foram informados sobre a pesquisa e tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no questionário do Google Forms (Formulários). Em relação aos benefícios, neste estudo, oferta-se benefícios diretos e indiretos que estão relacionados à contribuição para entendimento da temática abordada na cidade do Recife.

Assim, como subsídio para elaboração de políticas públicas efetivas voltados à população em situação de rua em relação ao atendimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a integralidade e equidade, como fortalecimento e base para implantação de ações semelhantes nos outros distritos sanitários da cidade do Recife, que ainda não possuem eCR, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários.

O material elaborado a partir deste trabalho pretende-se que sirva como um facilitador para os momentos de educação em saúde envolvendo os profissionais das equipes de Consultório na Rua, profissionais das equipes Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária e profissionais da Vigilância em Saúde nos territórios onde se encontram a população em situação de rua.

Com adaptações à questão do isolamento social, sem poder realizar uma validação do material educativo pelo público-alvo, para elaboração final do mesmo e de forma coletiva, sendo a apresentação do material entre os profissionais de saúde que atuam na RAS, no cotidiano de trabalho durante realização das atividades de matriciamento ou na forma de uma oficina com formato virtual, para um momento posterior e adequado às atuais condições sanitárias, evitando reuniões que ocasionam aglomeração de pessoas num mesmo local.

Além da observação no território durante a realização do trabalho, foi realizada uma coleta de dados dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua, gerados a partir dos registros das atividades no sistema de informação e processamento de dados que é o e-SUS, este apresenta-se como uma importante estratégia em âmbito nacional, visando uma organização das informações geradas pela Atenção Primária, contribuindo para revisão e formulação de políticas públicas, com vistas a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

Para realizar produção de informações sobre a população em situação de rua, dever-se-ia acrescentar algumas modificações no sistema atual de sistematização de informações que constam no e-SUS para registro das atividades realizadas que contemplem o trabalho das equipes que atuam no território com estas especificidades, seja em âmbito municipal, estadual e principalmente nacional.

Já está em fase de mudança, com novas versões do sistema, porém ainda falta incluir questões mais específicas que permeiam a realidade encontrada na rua e acrescente o cuidado a partir de um olhar mais amplo e integral, em que gere informações também sobre os animais e situações ambientais encontrada nos espaços visitados, assim como intervenções intersetoriais realizadas no território.

Tendo em vista que, viver nas ruas aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos devido à exposição a vários fatores de risco presentes nestes locais e que os colocam como alvo de doenças. Tem-se o crescimento do número de indivíduos em situação de rua nos grandes centros urbanos, que encontram-se desprovidos dos seus direitos básicos de cidadania, sendo um desafio para a rede de saúde absorver e ter resolubilidade dos problemas inerentes dessa situação (BODSTEIN ET AL, 2017).

Em que nas últimas décadas a temática relacionada à população em situação de rua vem sendo discutida nas políticas sociais de forma mais ampla, não sendo essa população apenas associada à ausência de moradia (MONTEIRO, 2019). Segundo o mesmo autor, estes indivíduos encontram-se intrinsecamente ligados a um processo de exclusão social, desta forma, torna-se imprescindível, que estas discussões perpassem o campo dos direitos humanos e sociais que são violados nesta população.

5. CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÃO

O censo realizado pelo governo federal em 71 municípios brasileiros para população em situação de rua, oferece informações para compreensão do perfil desse grupo social (SPOSATI, 2009). Do total, 82% dessa população era do sexo masculino, mais da metade (53%) possuía faixa etária entre 25 e 44 anos, sendo 69% declarados afrodescendentes, com renda em sua maioria (52,6%) variável de 20 reais a 80 reais semanais.

Sobre a situação de saúde, 29,7% dos entrevistados possuíam algum problema de saúde, sendo os mais prevalentes, problemas relacionados à hipertensão (10,1%), transtornos mentais (6,1%), HIV/AIDS (5,1%) e problemas relacionados à visão (4,6%). Apesar da dificuldade de acesso, 48,6% conseguem os medicamentos em postos de saúde e quando adoecem, 43,8% procuram em primeiro lugar hospitais/emergências, seguidos de 27,4% que buscaram atendimento no posto de saúde.

Dos motivos para se viver nas ruas, 35,5% relataram problemas com alcoolismo e/ou outras drogas, 29,8% desemprego e 29,1% desavenças com a família. Em relação à alimentação dessa população, 79,6% afirmaram que realizavam ao menos uma refeição por dia, porém 19% não conseguiam realizar no mínimo uma refeição ao dia (BRASIL, 2012^a).

Apesar da dificuldade de acesso, 48,6% conseguiam os medicamentos em postos de saúde. Quando adoecidos, 43,8% procuravam em primeiro lugar hospitais/emergências, seguidos de 27,4% que buscavam o posto de saúde. Demonstrando assim que as equipes de consultório na rua devem se aproximar ainda mais dessa população para uma maior efetivação de estratégias de Atenção Primária e criação de vínculo entre eles (BRASIL, 2012^a).

Diante do perfil sociodemográfico levantado por pesquisas pontuais relacionada à população em situação de rua, “[...] utilizou-se dados e informações das pesquisas realizadas em Porto Alegre (1995; 1999), Belo Horizonte (1998; 2005), São Paulo (2000; 2003) e Recife (2004; 2005)” (SILVA, 2009), cujo os instrumentais de coleta dos dados, procedimentos e

definições, possuíam divergências, o que dificulta na consolidação das informações geradas, para balizar políticas públicas voltadas a esta população.

De toda forma, tais pesquisas contribuíram para mostrar a necessidade de criação de uma política nacional voltada para população em situação de rua. Quando a referida construção só foi possível, diante das discussões, encontros e debates que ocorreram, voltados à questão da violência e do preconceito contra a população em situação de rua, ao qual encontra-se exposta.

Principalmente após um episódio muito triste e cruel que marcou a história desta população quando “[...] agosto 2004, quinze pessoas em situação de rua foram brutalmente agredidas enquanto dormiam na região da Praça da Sé, em São Paulo. Sete morreram e oito ficaram feridas”.(Gazeta do Povo, 2015) que ficou conhecido como “Massacre da Sé”, e que impulsionou a criação do MNPR para lutar pelos direitos e inserção nas políticas públicas.

Ainda ocorreram outras pesquisas, como nos anos de 2007/2008 pelo MDS, na época. A mais recente remete à coleta de dados pelo IPEA, que apresentou um relatório com a Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil de Setembro de 2012 à Março de 2020 (NATALINO, 2020). Apesar dessas informações, que são de suma importância para dar mais visibilidade a essa população e suas problemáticas enfrentadas no cotidiano, ainda apresenta-se insuficiente a produção de dados, em termos mais oficiais em âmbito nacional.

O número da população em situação de rua apresentou um expressivo aumento durante os últimos anos, segundo os dados apresentados na (Tabela 1), segundo informado pelo IPEA, em 2020. Fatos como, situação econômica e social do país, aumento de desemprego, entre outros fatores, incidiram neste processo. Porém, ainda há uma grande dificuldade de acesso aos serviços públicos, a inserção desta população na coleta de dados, oficial no IBGE, iria proporcionar um salto significativo para formulação de políticas públicas que fomentem subsídios para transformação da oferta de serviços e condições de vida destes cidadãos.

Tabela 1 – Número de municípios que informam população em situação de rua no Censo Suas, e para esses municípios, total de pessoas em situação de rua informadas, cadastradas e atendidas pela assistência social, por ano (2013-2019)

TABELA 1

Número de municípios que informam população em situação de rua no Censo Suas e, para esses municípios, total de pessoas em situação de rua informadas, cadastradas e atendidas pela assistência social, por ano (2013-2019)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Municípios respondentes	975	1.067	1.259	1.270	1.388	1.559	1.589
População em situação de rua informada (Censo Suas)	70.007	67.312	91.271	77.622	64.194	103.793	90.158
População em situação de rua cadastrada	16.626	27.494	37.326	42.802	25.699	76.719	62.367

Fontes: Censo Suas e Cadastro Único.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RECIFE-PE NOS ANOS DE 2018 E 2019 ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS PELO ESUS AB

Foram utilizados os dados dos usuários cadastrados no e-SUS, esses dados são processados pelo SISAB, e sua sistematização torna-se muito importante para gerar informações que subsidiarão as políticas públicas, pois apontam dificuldades e problemas enfrentados com os registros no sistema de informação quando trata-se da população em situação de rua, colocando em pauta a discussão nesse dispositivo de gestão do sistema de saúde.

Os dados do sistema diferem, em alguns aspectos, com os dados obtidos nas pesquisas supracitadas, pois que se encontram, um cenário diverso do que se apresenta a partir da observação em campo com a população em situação de rua no território. Para tanto, faz-se necessário um trabalho continuado para se obter um recorte do perfil sociodemográfico e epidemiológico destes usuários, para este momento foi associado aos dados coletados nas visitas no próprio território, a partir do trabalho da equipe do Consultório na Rua.

Considerou-se, para tanto, sexo, faixa etária, cor, trabalho e renda, escolaridade, motivo pelo qual passou a viver e/ou morar na rua, onde dormem, onde realizam sua higiene pessoal e necessidades fisiológicas, fontes de obtenção hídrica e nutricional, tipo de alimentação e quantidade de refeições ao dia, se tem algum problema de saúde, qual serviço procura quando adoecem, se sofrem discriminação e se possuem documentos.

Uma das estratégias para superação das dificuldades encontradas no trabalho das equipes de Consultório na Rua, consiste em produzir dados que consigam dar conta das demandas reais que se apresentam no território no que tange a população em situação de rua, este é um déficit encontrado atualmente no sistema de registro das atividades das eCRs no SUS.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

Começa-se a observação com um dado curioso, pois apresenta-se entre os anos de 2018 e 2019, um aumento no índice que desconhece o nome da mãe, enquanto que nas pesquisas realizadas e nos dados de cadastro da população em situação de rua no Sistema do e-SUS, o que predomina como fator desconhecido é o nome do pai. O cadastro realizado pelas equipes da APS diferem se comparados com o que é realizado pela equipe do Consultório na Rua, que atende a população em situação de rua, mais especificamente, como pode-se observar tais diferenças nos gráficos 1 e 2, o primeiro refere-se aos dados gerais de todas as unidades de saúde do Recife e o segundo, foi obtido a partir de uma equipe do Consultório na Rua.

Torna-se interessante fomentar a discussão quanto a obtenção deste dado, pois a partir dos resultados da pesquisa, observa-se de se alinhar uma discussão voltado à formação e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na RAS, para que haja um direcionamento na execução da política pública voltada para a população em situação de rua.

Gráfico 1 – Identificação do usuário / cidadão

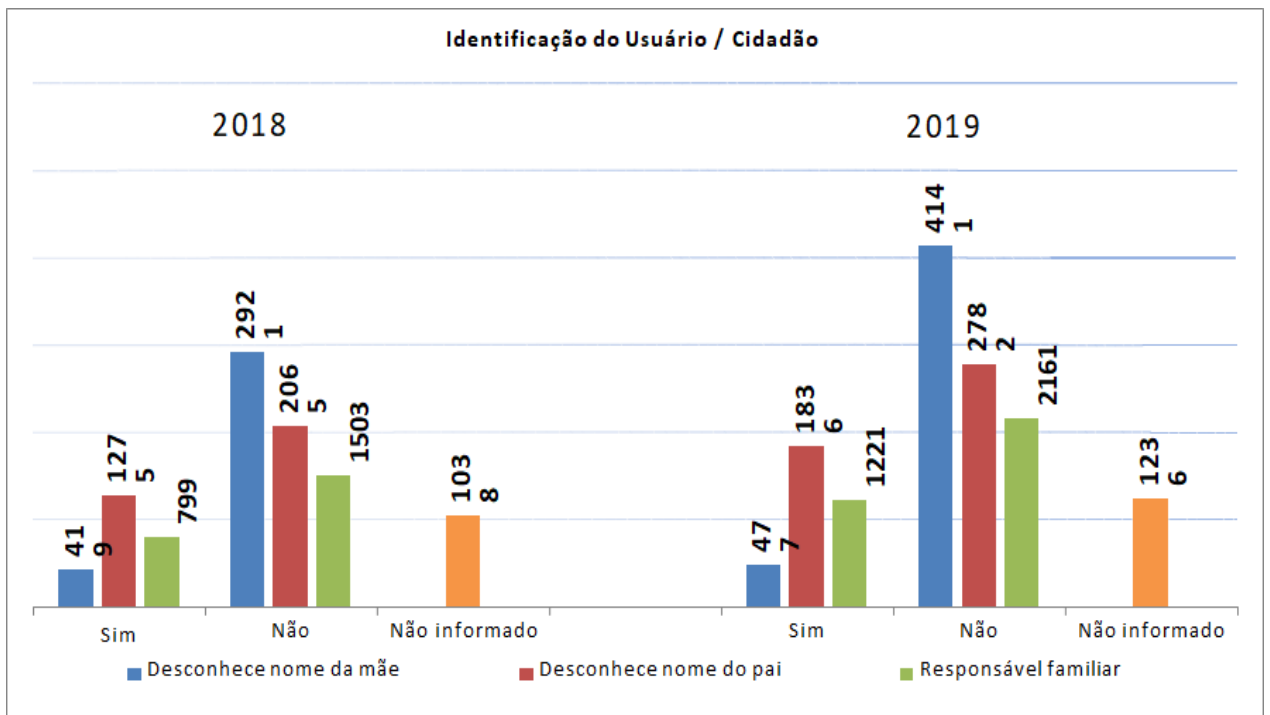
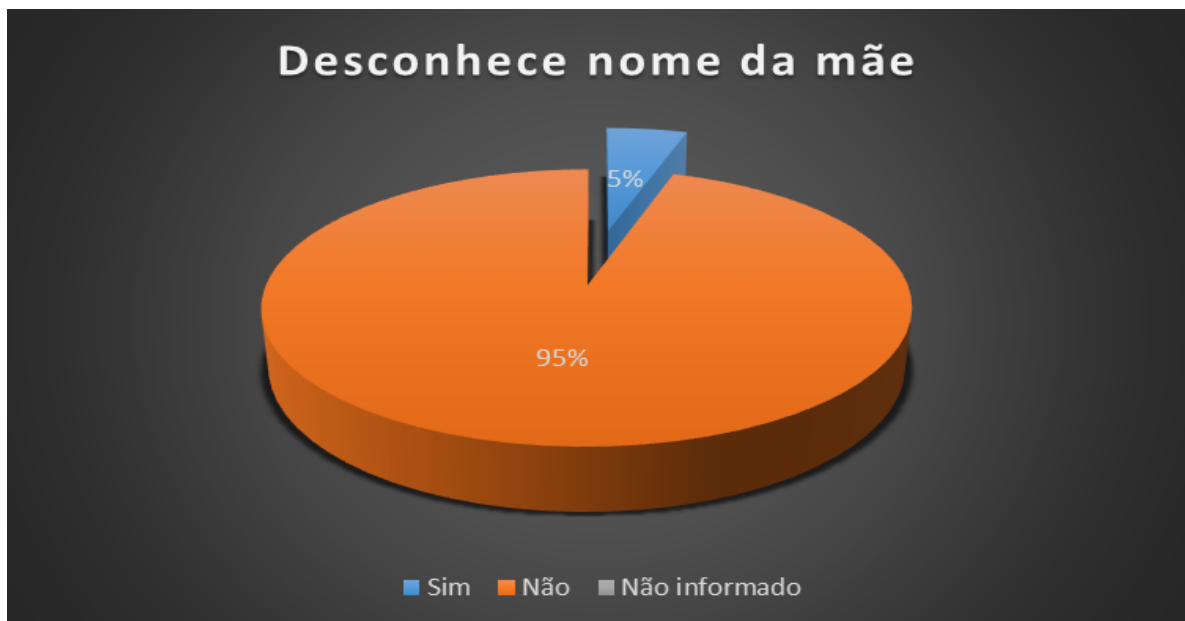


Gráfico 2 – Conhecimento do nome da mãe, 2018 (n=142)



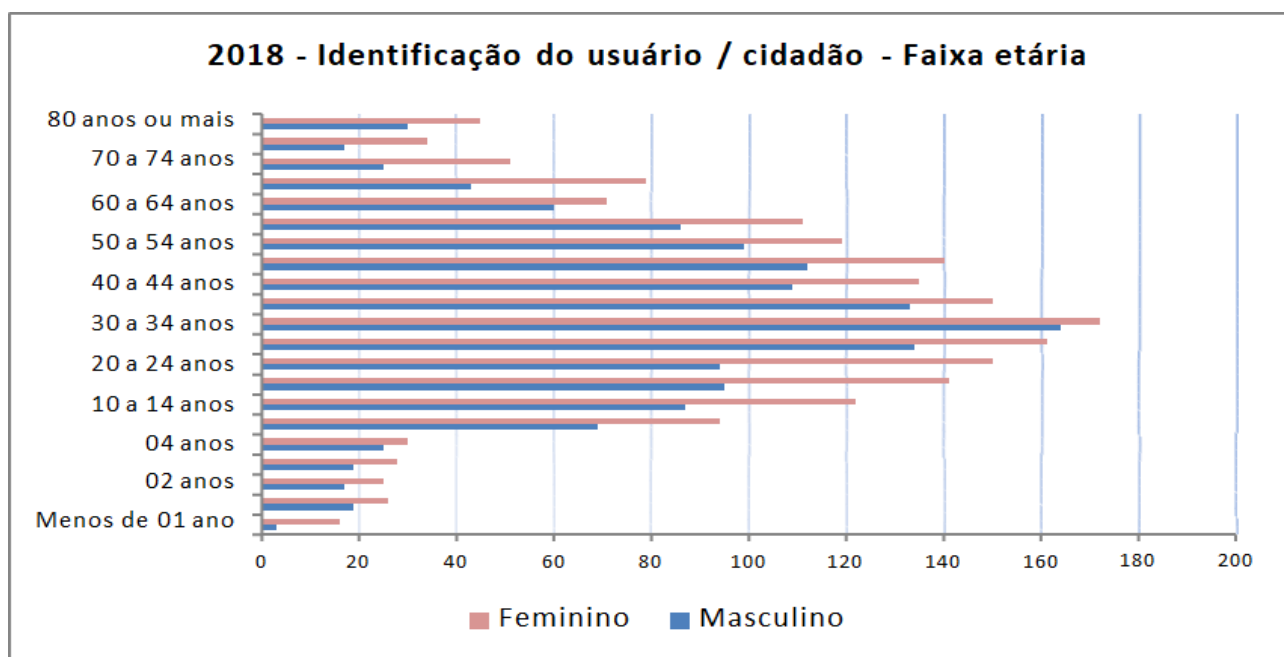
Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

5.2.1 Identificação do usuário/cidadão - Faixa etária

A faixa etária média principal identificada foi de 30 a 34 anos, para ambos os sexos, quanto à predominância de idade encontrada na população em situação de rua, sendo em 2019 uma diminuição na faixa etária feminina, de 25 a 29 anos de idade, permanecendo a média de idade entre os homens. Este resultado de média condiz com a realidade e estudos acerca da população em situação de rua, no entanto a predominância na identificação do sexo feminino em relação ao masculino.

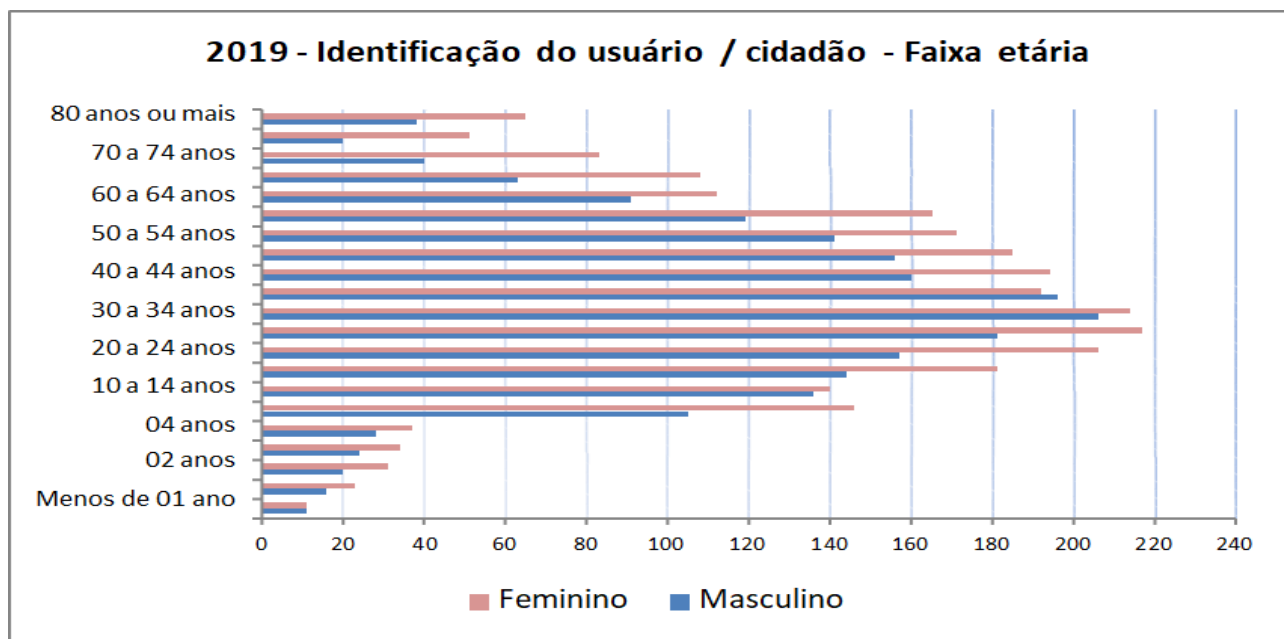
Apresenta-se como uma surpresa encontrada, pois com o que se tem de dados reais e cadastro realizados pelas equipes de Consultório na Rua e todas pesquisas levantadas e supracitadas, a maioria das pessoas que se encontram em situação de rua remete ao sexo masculino, inclusive no trabalho realizado no Consultório na Rua depara-se com a predominância do sexo masculino entre as pessoas atendidas

Gráfico 3 – Distribuição da população em situação de rua por faixa etária – 2018



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB

Gráfico 4 – Distribuição da população em situação de rua por faixa etária – 2019

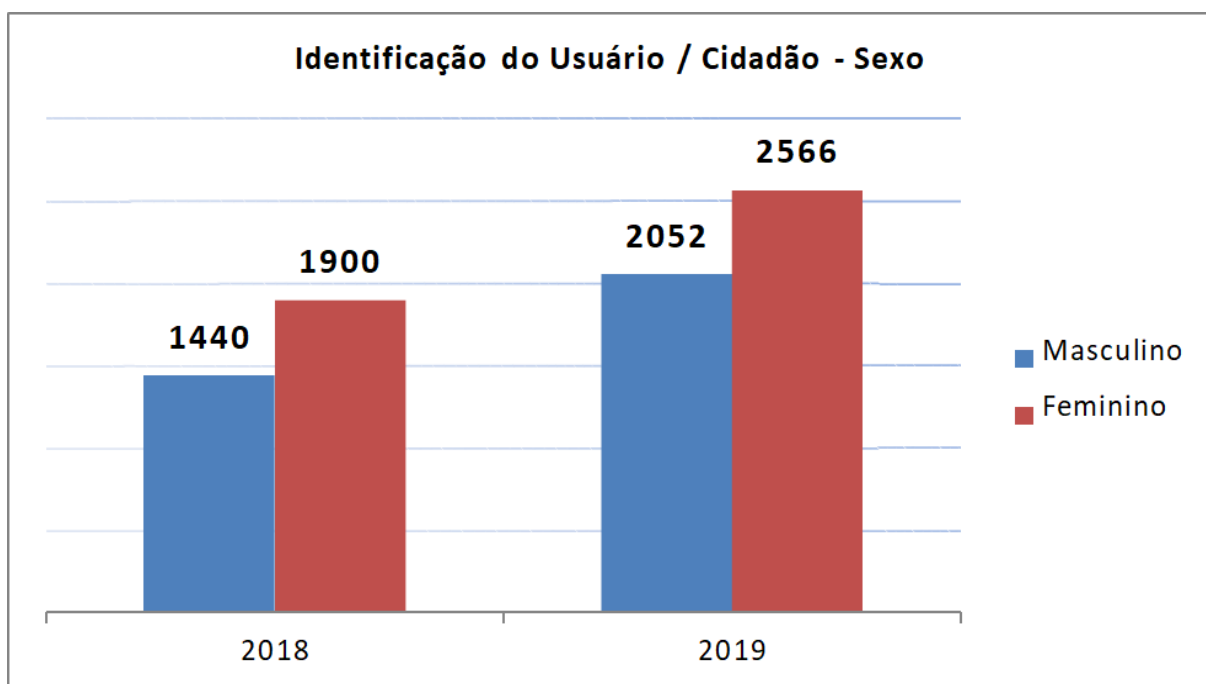


Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB

5.2.2 Identificação do usuário/cidadão - Sexo

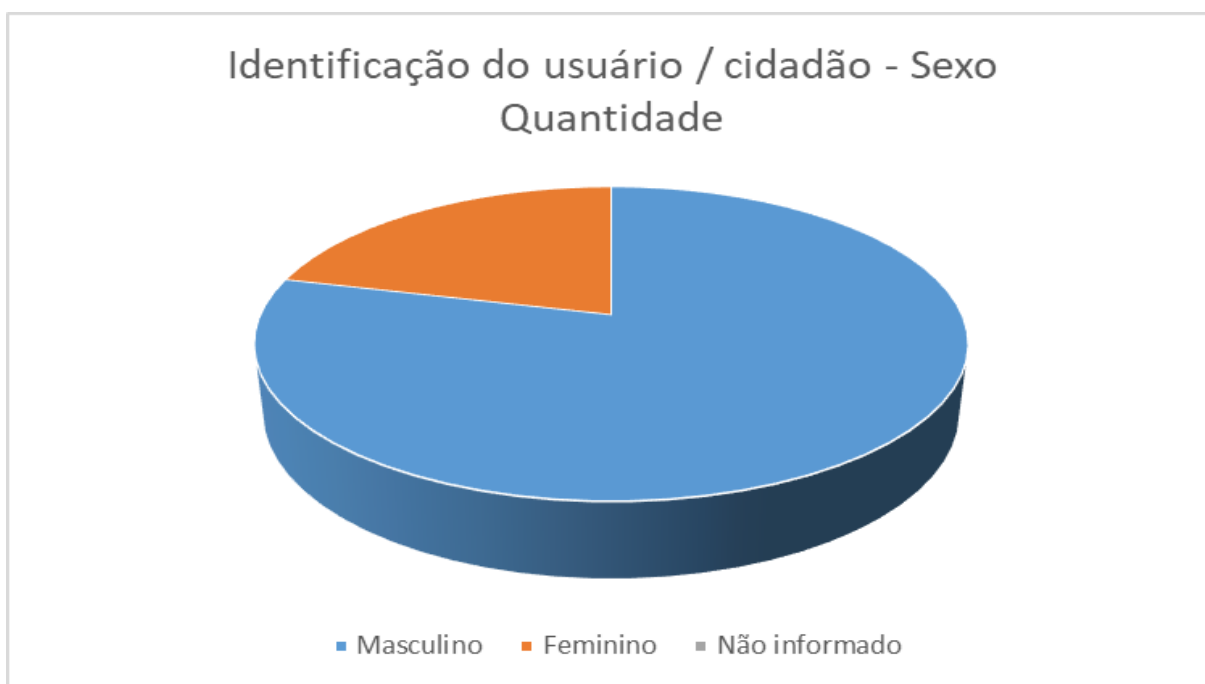
A parte interessante do resultado deste dado apresentado quanto a predominância na identificação do sexo dos usuários ser feminina, contrariando todas as pesquisas até então relacionadas à população em situação de rua, em nível nacional, em que caracteriza-se em sua maioria pelo sexo masculino neste cenário da rua. Todavia, tem uma aproximação com as características apresentadas no contexto dos atendimentos realizados nas unidades de saúde na Atenção Primária como um todo, principalmente no que concerne à procura nas unidades de saúde da família.

Gráfico 5 – Distribuição da população em situação de rua por sexo



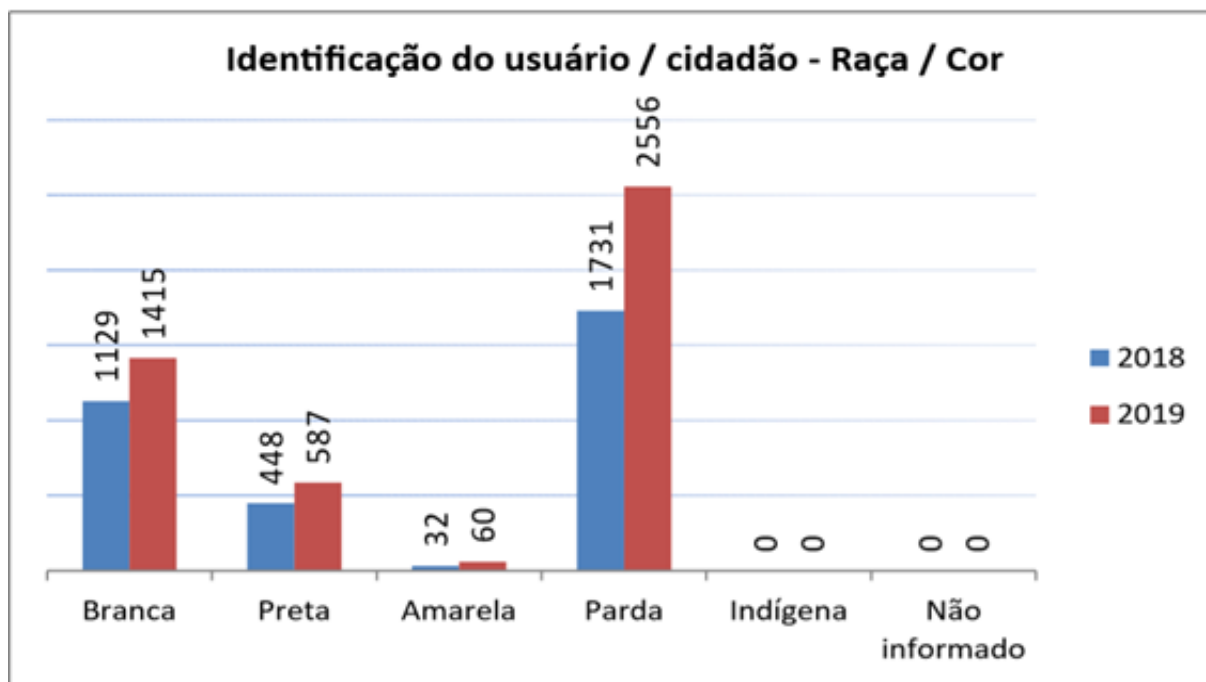
Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 6 – Distribuição da população em situação de rua por sexo, 2018. (n=142)



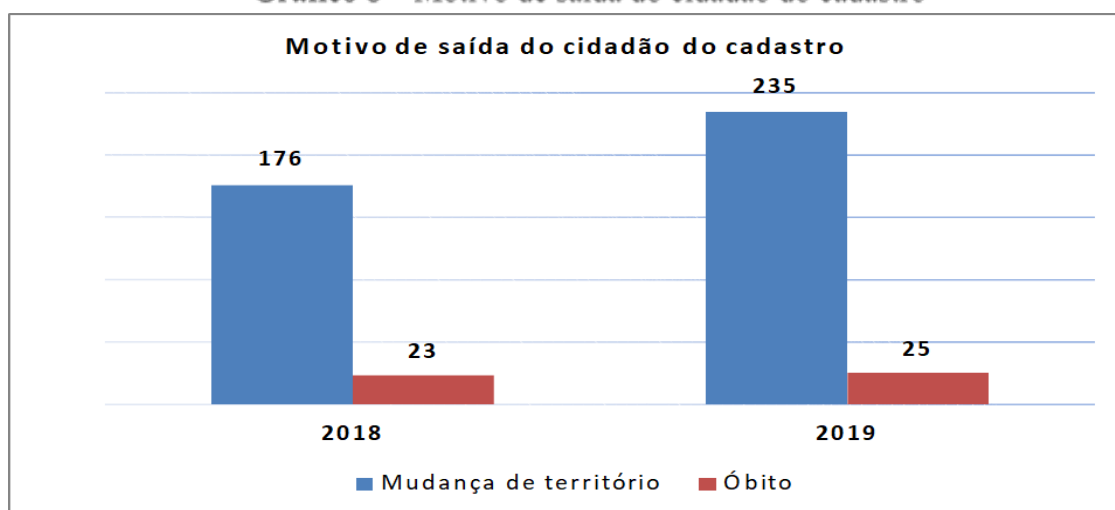
Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Gráfico 7 – Distribuição da população em situação de rua por raça / cor



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 8 – Motivo de saída do cidadão do cadastro



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Com a territorialidade, transição e mudanças de território e a importância do investimento neste sistema integrado do e-SUS através do PEC (Prontuário Eletrônico do

Cidadão) que permite acompanhar o cuidado nos diversos espaços e dar continuidade aos cuidados de saúde que os usuários estejam realizando, mesmo que tenha iniciado com outras equipes de saúde.

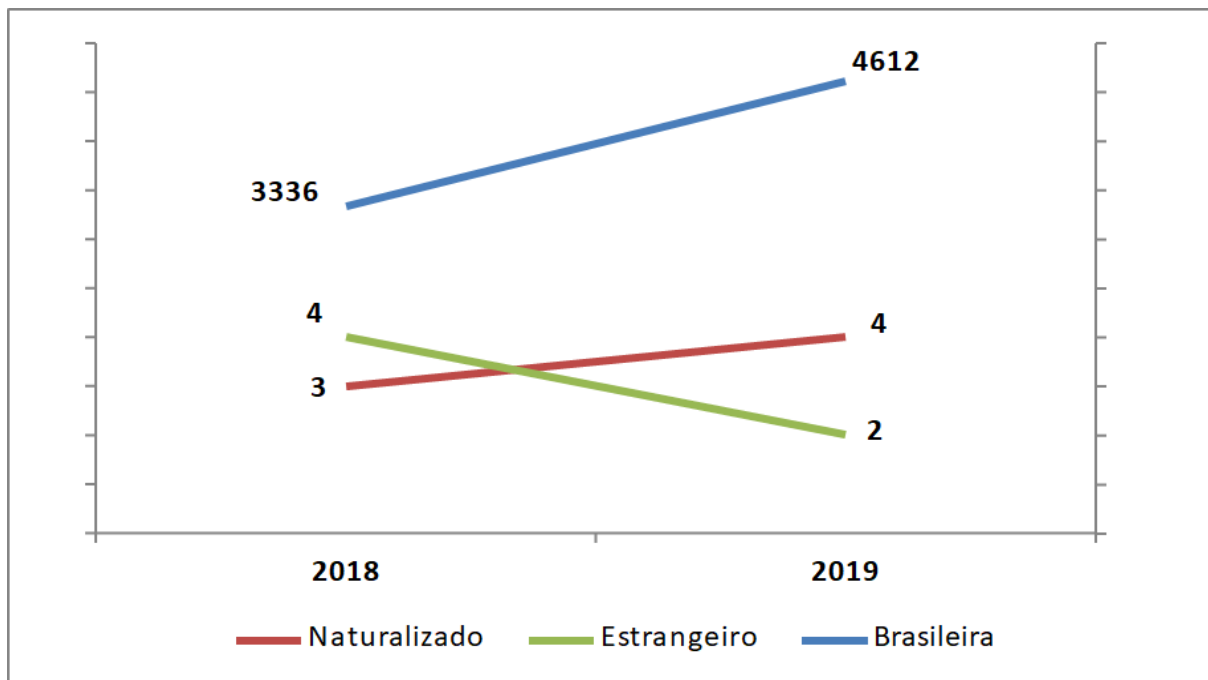
Assim, a questão de mudança no território de referência e permanência da PSR não deve ser um fator que cause barreira ao atendimento e acompanhamento através das equipes de saúde na Atenção Primária, pois pode continuar o trabalho iniciado por outra equipe, através do PEC. Quando o principal motivo de saída do cadastro tem sido por mudanças realizadas para outra localidade, preciso que essa continuidade seja efetiva na prática, para tanto, requer um subsídio técnico e tecnológico aos profissionais da APS, com capacitações e materiais que viabilizem a execução do trabalho. Este se apresenta como um desafio a ser enfrentado para continuidade do atendimento de forma longitudinal.

Nos dados do E-SUS referente ao ano de 2018, saiu um total de 3.340 pessoas em situação de rua e em 2019 foi 4.618 pessoas consideradas em situação de rua na cidade de Recife-PE, o que estima-se como um número bastante elevado diante de uma estimativa de 1,6 mil (2019), contagem realizada pela SDSDHJPD das equipes que atuam na rua. Inserido num contexto mais amplo de uma estimativa de população geral de 1.661.017 habitantes na cidade de Recife em 2021, segundo informou o IBGE.

Características predominantes nos dados extraídos do e-SUS, refere-se a uma população em situação de rua, em sua maioria, parda, com um tempo de permanência nas ruas superior à cinco anos, prevalência de apenas o ensino fundamental, grande índice de desemprego e realização de alguns serviços autônomos e sem a garantia previdenciária.

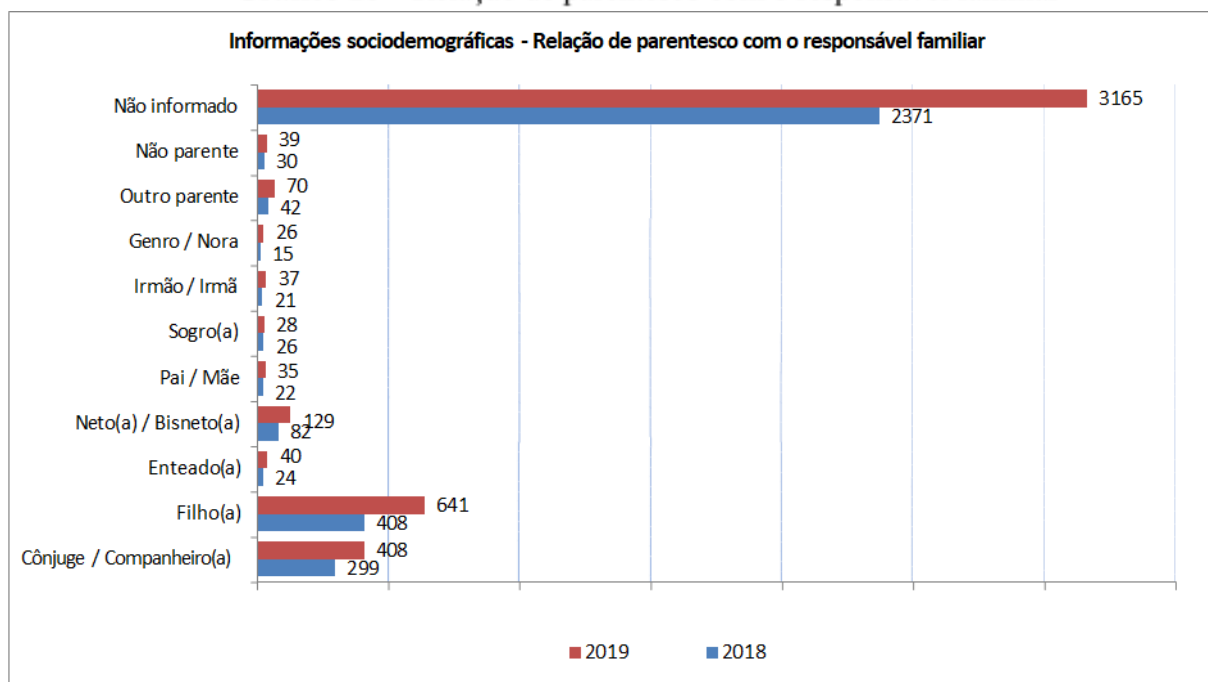
O que requer um esforço estratégico e articulado do poder público para que o trabalho seja realizado na rua, contando também com a parceria com secretarias responsáveis pela educação, habitação e emprego e renda. Numa discussão sobre o prisma de classe, raça/cor e gênero. Quanto à questão de identidade de gênero que aparece, apresenta-se bastante desinformação, incluindo um número mais elevado de homens transsexuais que mulheres transsexuais. O que remete a necessidade desta discussão ir mais para as ruas, mas principalmente, ser ampliado entre os profissionais de saúde.

Gráfico 9 – Distribuição da população em situação de rua por nacionalidade



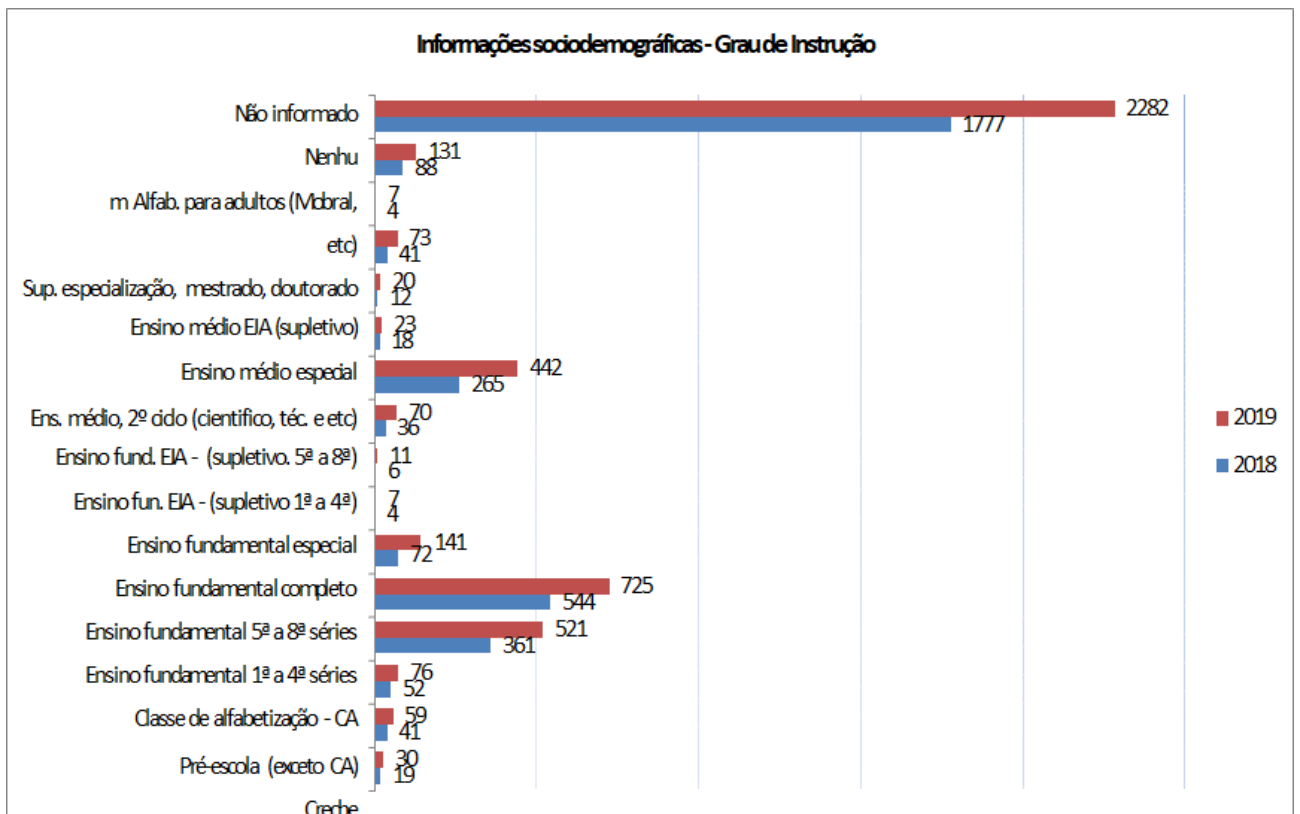
Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 10 – Relação de parentesco com o responsável familiar



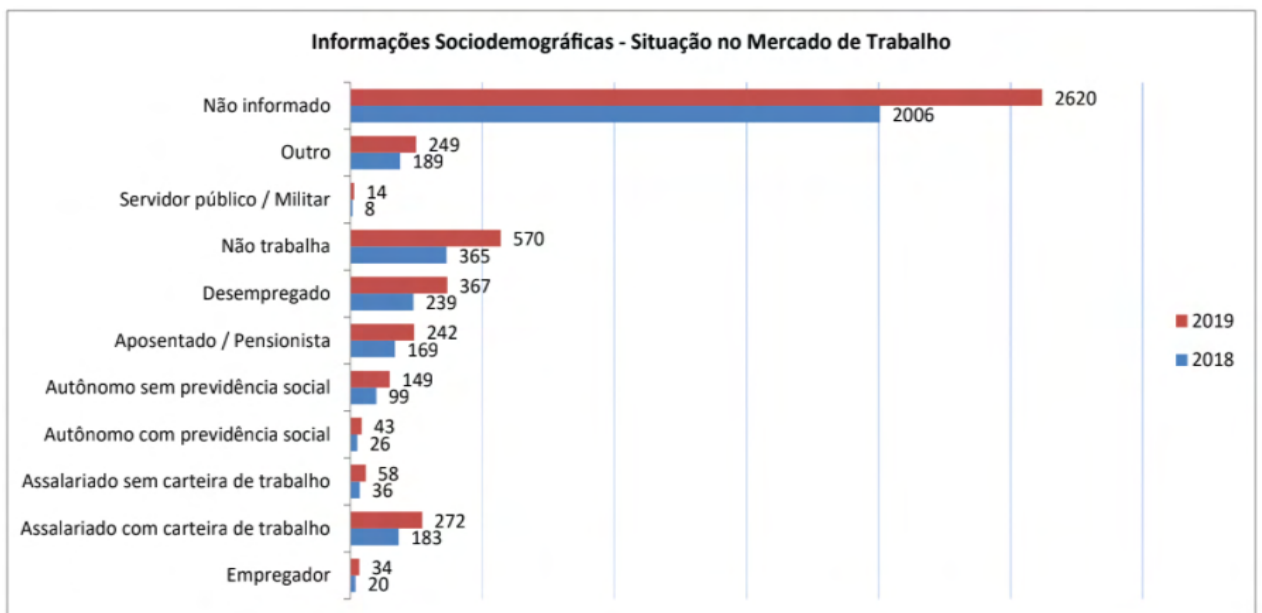
Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 11 – Grau de instrução



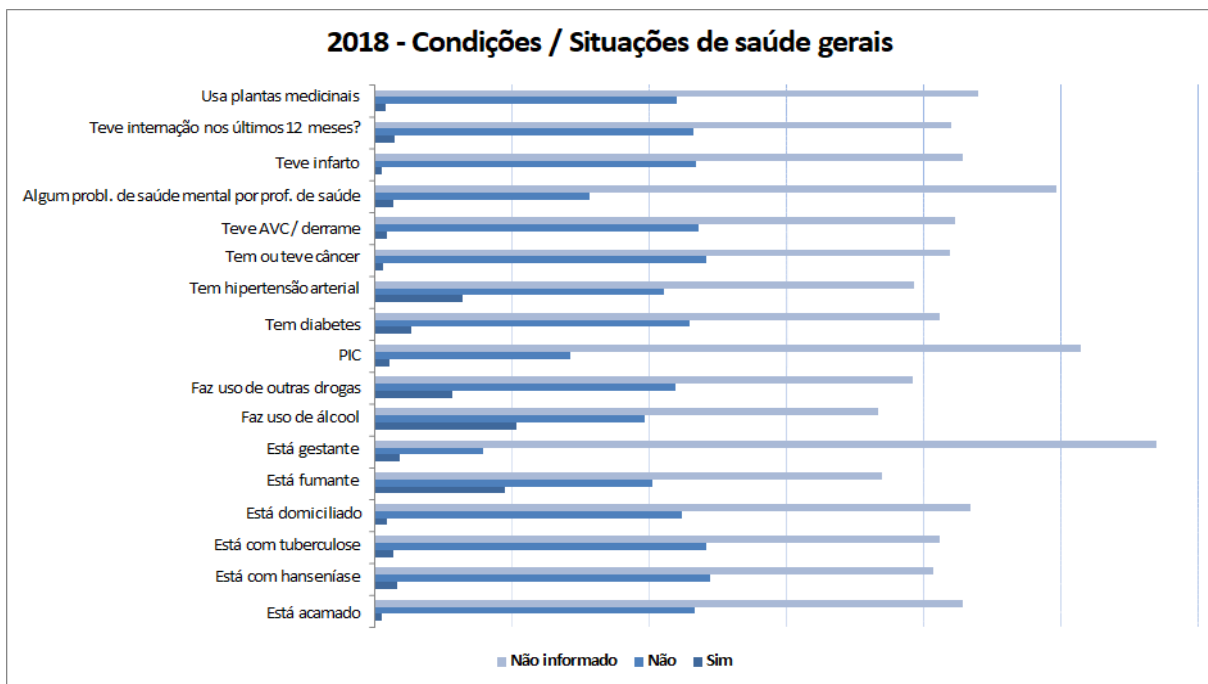
Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 12 Informações Sociodemográficas - Situação no Mercado de Trabalho

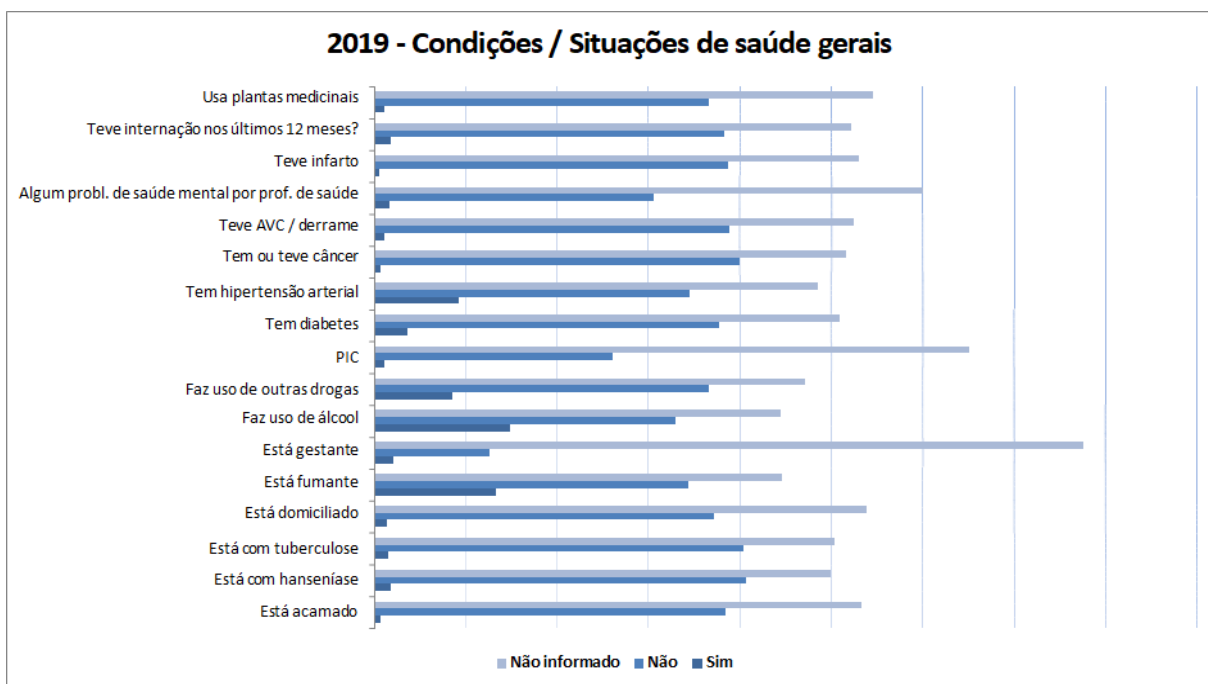


Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 13 e 14 – Condições/situações de saúde gerais 2018 e 2019

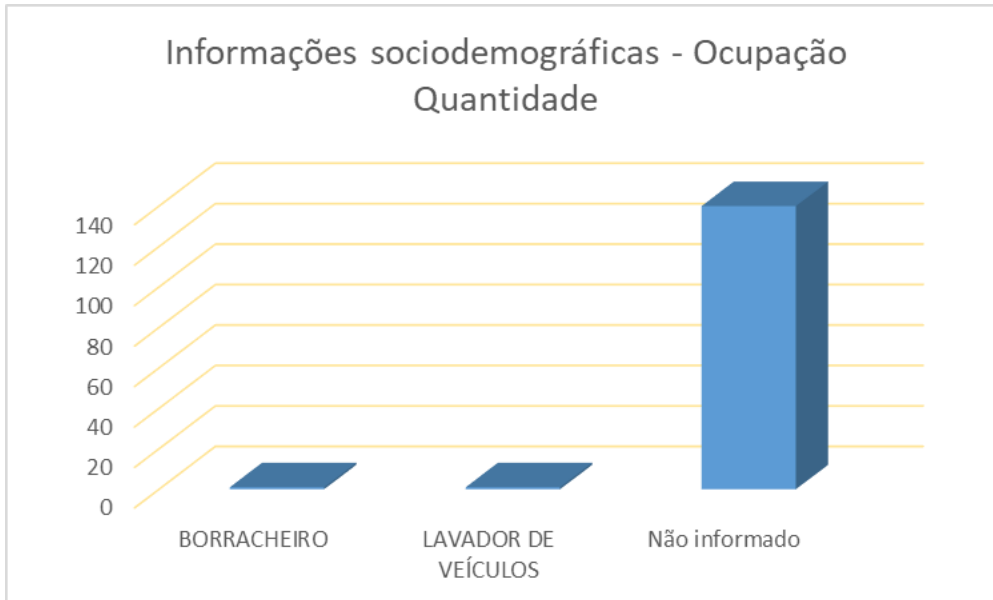


Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.



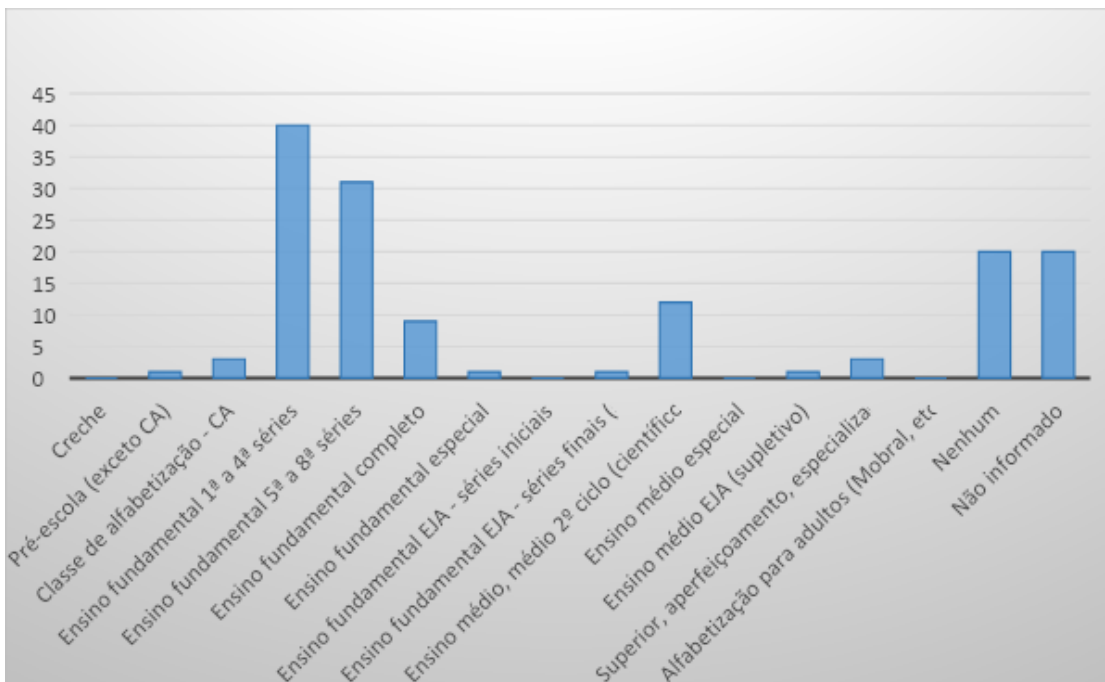
Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 15 Ocupação principal, 2018 (n=142)



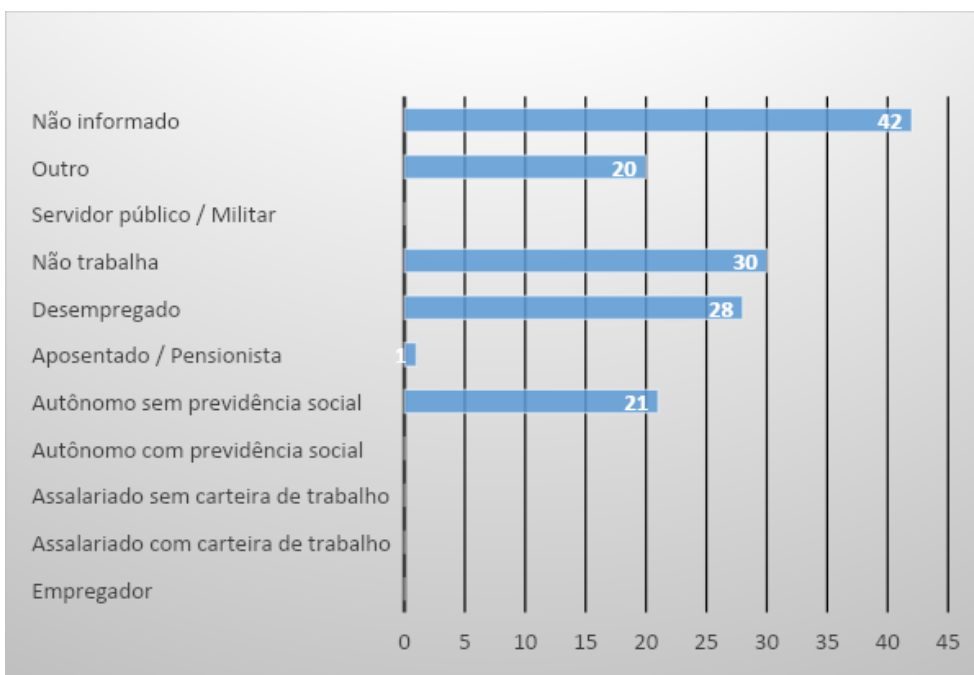
Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Gráfico 16 -- Grau de instrução, 2018 (n=142)



Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Gráfico 17 - – Situação no mercado de trabalho, 2018 (n=142)



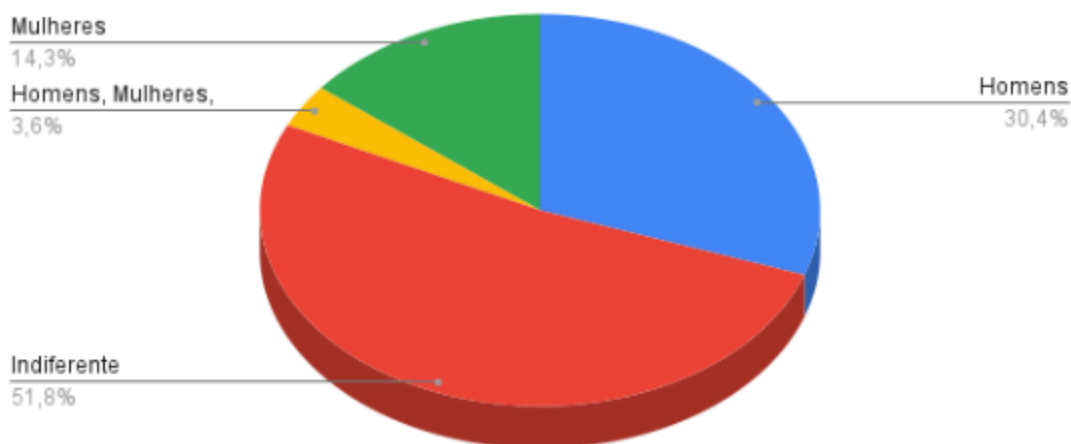
Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Gráfico 18 – Tempo de rua informado, 2018 (n=142)



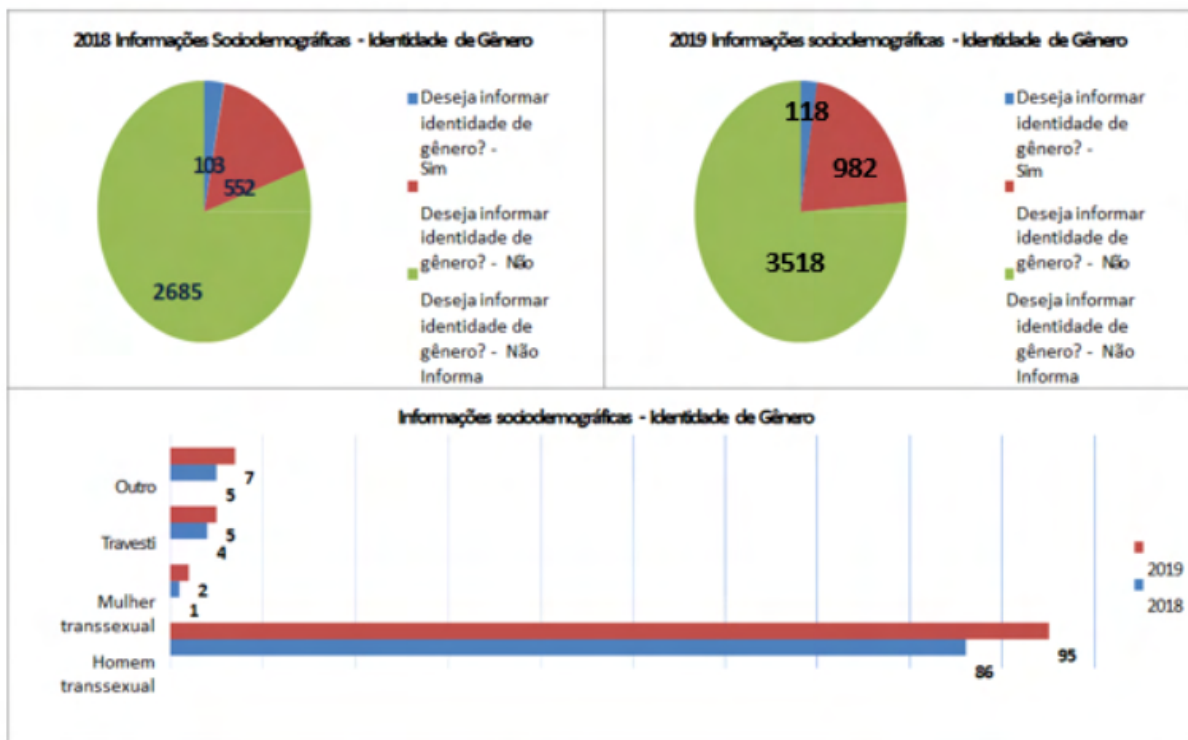
Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Gráfico 19 – Contagem de sexo predominante dos usuários atendidos



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 20 - Identidade de gênero

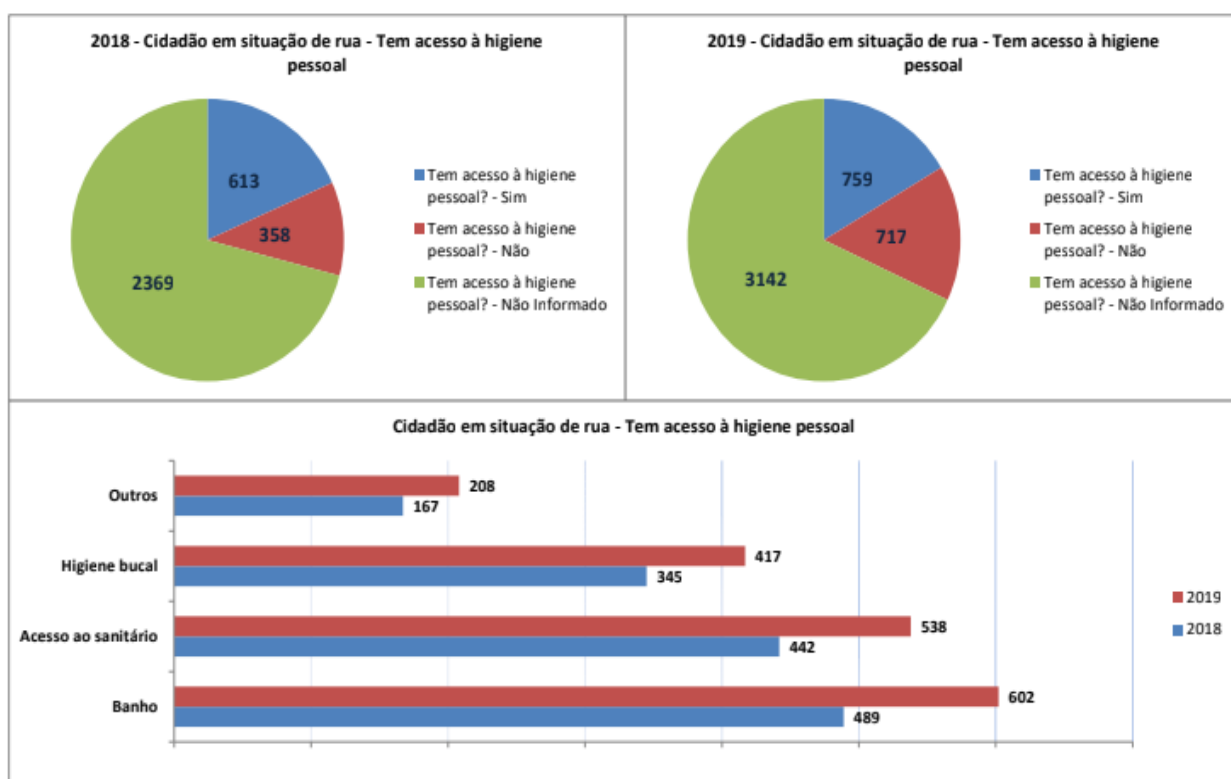


Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

6. CAPÍTULO VI - SITUAÇÃO DE RUA E ACESSO À RECURSOS HÍDRICOS E HIGIENE PESSOAL

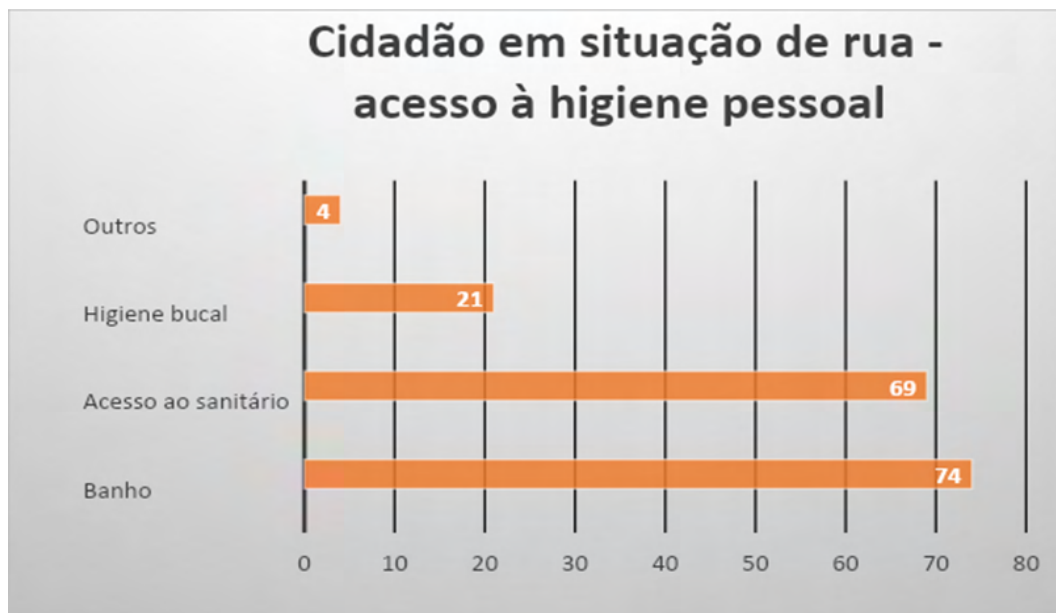
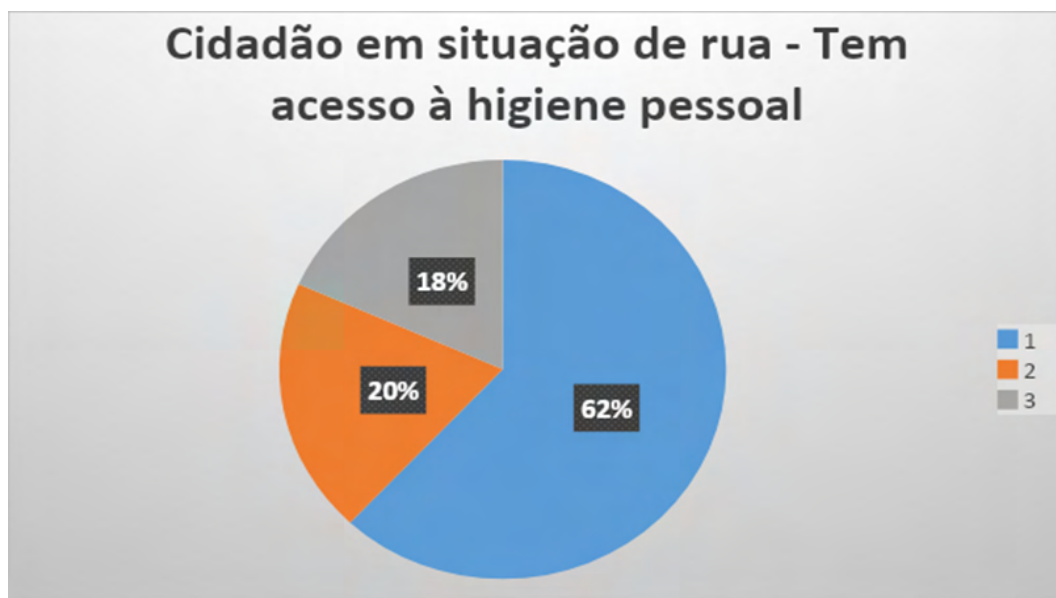
Entre os anos de 2018 e 2019, houve um aumento quanto à higiene bucal, acesso ao sanitário e banho para população em situação de rua, segundo os dados obtidos através do e-SUS, porém ainda há um número muito grande sem informação, o que dificulta ter um acesso real aos dados quanto ao cotidiano das pessoas que se encontram na rua. Ao realizar a pesquisa no território e a vivência como profissional no Consultório na rua, pode-se perceber que este acesso aos cuidados de higiene ocorre sob condições extremamente insalubres e até mesmo desumanas. Assim, a falta de higiene básica é uma ameaça real à saúde destas pessoas.

Gráfico 21 – Acesso à higiene pessoal, 2018 (n=142)



Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 22 - Cidadão em situação de rua - Acesso à higiene pessoal



Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Diante dos dados que constam no gráfico 22, apresenta a questão do acesso à higiene pessoal, realizado pela população em situação de rua na cidade do Recife-PE. Tem-se um

dado interessante, por ter saído um número bastante significativo quanto ao uso e acesso à água para realização dos cuidados pessoais que encontram-se no âmbito de interesse da saúde.

Esse dado parece apontar algo muito bom neste aspecto, porém vem a questão: Qual o tipo e qualidade de acesso à água está sendo realizado por esta população, que encontra-se desprovida de políticas públicas que abranjam o escopo de tal problemática e atendam as demandas e necessidades reais desta população?

Esses dados são importantes, pois apontam dificuldades e problemas enfrentados com os registros no sistema de informação quando trata-se da população em situação de rua, colocando em pauta de discussão esse dispositivo de sistematização e apoio à gestão do sistema de saúde, no que tange sua aplicabilidade e preparação de recursos humanos para lidar com tal sistema, e ainda a questão de estruturação e equipamentos das unidades, que ainda apresentam-se escassas e insuficientes em uma grande maioria dos casos.

Os dados do sistema diferem, em alguns aspectos, com os dados obtidos em outras pesquisas e com o que se encontra a partir da observação em campo com a população em situação de rua. Para tanto, faz-se necessário um trabalho continuado para se obter um recorte do perfil sociodemográfico e epidemiológico destes usuários, para este momento foi associado aos dados coletados nas visitas no próprio território.

Uma das estratégias para superação das dificuldades encontradas no trabalho das equipes de Consultório na Rua consiste em produzir dados que consigam dar conta das demandas reais que se apresentam no território, no que tange a população em situação de rua, este é um déficit encontrado atualmente no sistema de registro do eSUS.

Realizado um recorte do perfil da população em situação de rua na cidade do Recife, a partir das informações geradas dos atendimentos e visitas ao território, registrados os aspectos envolvidos nesta condição de vida, em que apresenta as vulnerabilidades sociais e determinantes ambientais que esses cidadãos estão expostos, observa-se intrinsecamente a relação no processo saúde-doença.

A partir deste estudo, fomenta-se a discussão para incentivar criação e estabelecimento de ação intersetorial entre os serviços, com um olhar do princípio da

equidade, voltado às pessoas em situação de rua, que não têm acesso à água de forma adequada e suficiente, isso se apresenta como uma questão de saúde pública que requer uma intervenção a partir de política pública específica.

Por políticas públicas, entende-se como sendo o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais implantado pelo Estado para dar respostas aos problemas sociais enfrentados pela sociedade, diante de uma necessidade real vivida, ou seja, como o Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período de tempo (ACURCIO, 1998).

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) que apresenta em seu escopo, uma base na perspectiva de garantia de direitos, porém após 12 anos de sua normatização, ainda precisa ser efetivada em sua totalidade para atender as necessidades reais desta população, que integrem propostas de ação entre outras áreas, numa abordagem transversal. Assim como ainda precisa avançar na concretização do direito de acesso à saúde, enquanto princípio de equidade.

Com um olhar a partir do território, observa-se a indisponibilidade de acesso aos recursos hídricos, ou a ingestão e uso de água insalubre, e essa questão representa uma situação de risco às pessoas que se encontram em situação de rua, pois viabiliza aumento de doenças infecciosas, com a presença de patógenos nestas águas, presença de dejetos de alguns animais, podem propiciar doenças relacionadas com a água, tais como diarreias, infecção intestinal, amebíase, cólera, giardíase, hepatite A, esquistossomose, a leptospirose, causada por urina de rato contaminada.

E outros vetores, como o caso da larva do mosquito da dengue, nesse sentido, também pode-se citar o caso da malária, da zica, e da chikungunya também. Nos casos acima a transmissão ocorre através do mosquito, que utiliza de águas paradas para depositar suas larvas, e muitas vezes encontramos objetos com água acumulada que acaba sendo um campo fértil de reprodução e proliferação deste vetor, “[...] sem infraestrutura urbana adequada e serviços de esgotamento sanitário, coleta de lixo irregulares, precariedade do transporte público, dentre outros” (ALMEIDA; COTA; RODRIGUES, 2020).

De uma maneira geral, as doenças relacionadas com a água, poderiam ser evitadas com medidas bastante simples. Além disso, o investimento em saneamento básico é extremamente importante para evitar grande parte dessas enfermidades. Em Santos (2021), remete-se sobre o quanto é essencial o investimento em estrutura como saneamento básico, além de medidas simples relacionadas a hábitos e higiene pessoal para evitar situações de riscos e contaminação.

E as medidas simples para poder se evitar todas essas doenças, como cuidado proposto pela saúde, no que se refere à lavar muito bem as mãos e os alimentos; ingestão de água filtrada ou fervida; Cuidado onde realiza as necessidades fisiológicas; Ter atenção com recipientes contendo água que estejam expostos; Não jogar lixo na rua e nem em canais; Não entrar em contato da pele com água que possa estar infectada e contaminada... Enfim, tornam-se, por vezes, uma missão quase impossível de se conseguir estando em situação de rua, devido a falta de estrutura.

Depois da pandemia do COVID 19, esta questão deixou mais evidente a necessidade de garantir o acesso ao recurso hídrico adequado, pois as pessoas que se encontravam na rua, sequer podiam seguir uma orientação sanitária geral por questão de saúde pública, de minimamente conseguir lavar as mãos, algo que torna-se corriqueiro para muitos e é negado acesso à outros.

Onde farão suas necessidades fisiológicas, se não nos logradouros públicos, quando não há banheiros públicos em uma quantidade suficiente para serem utilizados pela população em geral, sendo algo que beneficiaria a todos. Quanto ao descarte do lixo, precisa haver mais campanhas educativas, mais disponibilidade de lixeiras e projetos que contemplem e valorizem o trabalho com materiais recicláveis, acessibilidade e facilidade às estruturas adequadas de coleta seletiva dos materiais descartados pela sociedade.

Possibilidades de soluções para esta problemática perpassam o campo das políticas públicas de forma intersetorial, envolvendo diversas secretarias e políticas com disponibilidade de espaços estratégicos espalhados pela cidade para oferta de água potável e suficiente para consumo diário, e poder realizar a higiene corporal, além da lavagem de suas

roupas, como ocorre nos Centros POP, ampliação deste serviço somado às outras alternativas proposta pela própria população em situação de rua, através do investimento no controle social para decisão nos rumos da política e direcionamento dos serviços que serão ofertados para os mesmos.

No território, as equipes de saúde lidam com uma realidade bastante perversa, pois encontram famílias inteiras em situação de rua que se utilizam de águas do canal, contaminada e sem um saneamento adequado, para banho e para saciar a sede (segundo relato real e por vezes presenciado, tal situação durante atendimento no território). O que os expõem ainda mais aos casos de adoecimento.

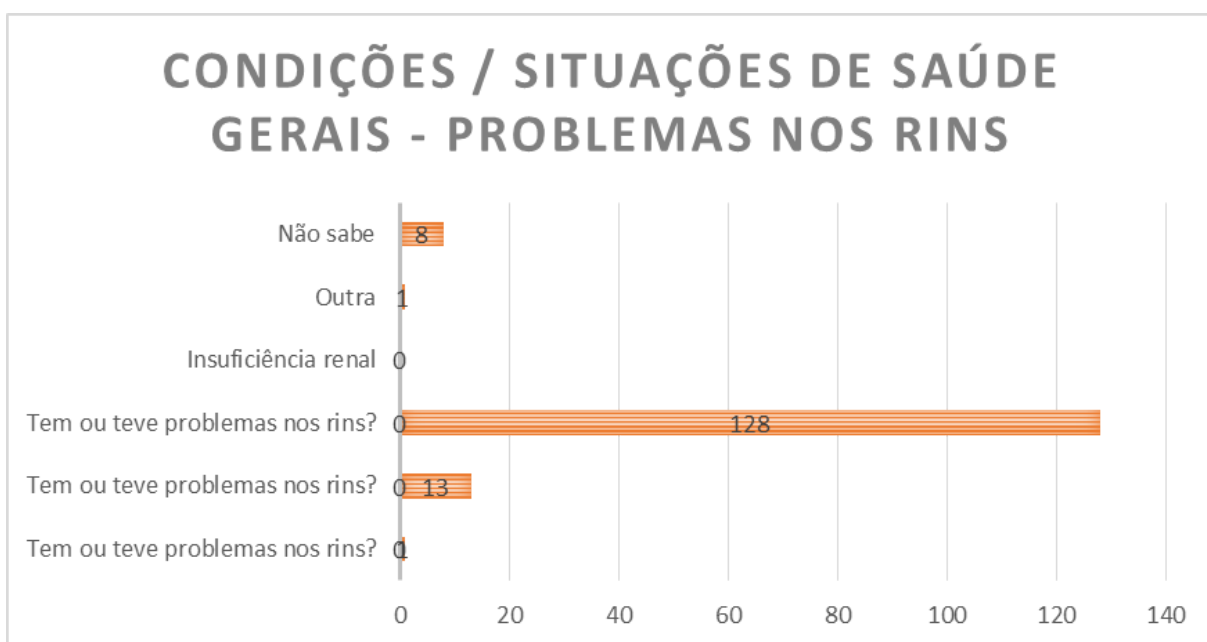
Há também outras alternativas para conseguir acesso à água, como em chafarizes em praças (mesmo ambiente que seus cachorros tomam banho e que pombos lançam suas fezes), torneiras que encontram pela rua, canos estourados, por vezes banheiros de postos de gasolinas, águas colocadas em garrafas PET reutilizadas, isso quando conseguem doação em alguma residência, comércio, restaurantes, igrejas, entre outros.

Existem dois Centros POP na cidade do Recife, que oferecem banho, alimento e água potável para população em situação de rua, porém são insuficientes para o quantitativo de população em situação de rua, e muitas pessoas não conseguem acessar devido à impossibilidade de deslocamento por causa da distância da área que se localizam, como não possuem meios de transporte (apesar do ônibus e metrô ser público) para poder se locomover pela cidade, realizam seus trajetos a pé, na maioria das vezes. Assim, percebe-se a importância do cuidado ocorrer a partir do território em que está inserido e através de ações intersetoriais para que se consiga obter resolutividade.

Outro dado importante e intrigante obtido na pesquisa das informações geradas pelo e-SUS, foi uma quantidade grande de casos que citaram terem tido alguma doença relacionada aos rins, o que chama uma atenção especial a quantidade de água que estas pessoas estão consumindo diariamente, ficando um questionamento: Será que estão bebendo água num quantitativo suficiente para um bom funcionamento do corpo? Diante de todas as dificuldades e vulnerabilidades encontradas na rua, a primeira resposta que vem à mente é

não, mas neste caso requer uma atenção das políticas públicas para esta questão, pois até os dados para obter tal informação torna-se difícil.

Gráfico 23 – Problemas renais, 2018 (n=142)



Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

A água é essencial para vida, e sua ingestão com quantidade e qualidade adequada gera condições de saúde e acaba repercutindo também na economia com benefícios que promovam controle e prevenção de doenças, mudanças de hábito e repercutindo na qualidade de vida também.

Para realizar produção de informações sobre a população em situação de rua, dever-se-ia acrescentar modificações no sistema atual de sistematização de informações que constam no e-SUS para registro das atividades realizadas que contemplem o trabalho das equipes que atuam no território com estas especificidades, seja em âmbito municipal, estadual e principalmente nacional, englobando questões mais específicas que permeiam a realidade encontrada na rua e acrescente o cuidado a partir de um olhar mais amplo e integral, em que

gere informações também sobre os animais e situações ambientais encontrada nos espaços visitados, assim como intervenções intersetoriais realizadas no território.

Assim percebe-se a importância do cuidado ocorrer a partir do território em que está inserido e através de ações intersetoriais para que se consiga obter resolutividade. Que, torna-se imprescindível, segundo aponta Moretti (2020), sobre a importância de que haja o incentivo e se promova a criação de bebedouros comunitários, torneiras e banheiros para viabilizar o acesso à água sendo assegurada a qualidade e proporcionando a promoção à saúde da população, assim como para que se possa prover condições adequadas para higiene diária, ingestão de alimentos e água com qualidade e em quantidade suficiente recomendada.

Estratégia a partir de uma abordagem intersetorial que reconheça a existência de múltiplos fatores, visando um trabalho não apenas pontual, mas sim a longo prazo, com construção de vínculo, trabalhar na perspectiva de vida da pessoa com projetos de vida para ofertar outras possibilidades para sair da condição de risco e vulnerabilidade em que se encontra. Porém, serão necessários esforços em nível macro, de pensar em projetos de cidade em que as pessoas em situação de rua sejam incluídas nos planos, a partir de uma perspectiva de equidade e acesso aos seus direitos, que já se encontram normatizados pela lei, mas que ainda precisam ser executados na prática.

A saúde única pode ser definida a partir de uma abordagem intersetorial, multiprofissional e que envolva as relações estabelecidas entre homens e animais inseridos em um dado território e que há uma interferência gerada pelos fatores correlacionados e o meio ambiente também interligado.

Torna-se imprescindível investir e promover abordagens voltadas para a sociedade, para assegurar estratégias de prevenção, visando fortalecer as relações entre as áreas de saúde e das demais setores em relação à saúde a partir da perspectiva da tríade animal, humano e ambiente de forma interligada.

Impactos na saúde a partir da contaminação ambiental da água, resíduos de dejetos e do lixo, tem-se a importância do meio ambiente no contexto saúde única alguns problemas ambientais demonstram nitidamente os impactos na saúde humana e animal em decorrência

das doenças que acabam sendo provocadas e que através de planejamento estratégico e ações de educação em saúde poderiam ser evitadas.

E todo este contexto tem o respaldo da água potável e o saneamento estarem na pauta de discussão mundial enquanto um dos objetivos de desenvolvimento sustentável posto na Agenda 2030 em 2015, em que a ONU propôs aos seus países membros uma nova agenda para os próximos 15 anos.

Com vista também ao desenvolvimento sustentável, erradicação da pobreza e a fome; a agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; energia limpa e acessível; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades nas cidades.

Segundo a ótica da Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção de saúde é definida como o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela. Essa perspectiva deriva da premissa de que o indivíduo é capaz, por um lado, de compreender suas aspirações e satisfazer suas necessidades, e, por outro lado, de modificar e cooperar com o ambiente. A saúde é, dessa forma, vista como um recurso para a vida cotidiana. É um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais. O conceito de promoção de saúde, nesse caso, extrapola o acesso físico ao sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações. (SANCHEZ,; CICONELLI, 2012)

Importante relacionar a questão da política pública, normatividade com estas necessidades dos cidadãos quanto à utilização das cidades, precisa-se ser levado em conta. A diferença entre política normativa, que consta na lei, programas e normatividade, em relação à ação propriamente dita, havendo necessidade de reflexão e mediação para que se criem estratégias possíveis, pois há também outras questões envolvidas, como culturais, entender como as pessoas vêem a questão da norma e o uso (CERTEAU, 2014).

Cabe então refletir sobre como o Estado atribui aos problemas a serem enfrentados, maior ou menor importância, ou seja, como o Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em meio à correlação de forças existentes na

sociedade capitalista, e o quanto a PSR é inserida neste contexto quanto à planejamento e inclusão.

Nesse aspecto, as unidades básicas de saúde e outros serviços, mais Centros POP, que no território desempenham um papel fundamental, por estarem inseridos na própria área e mais próximos das pessoas, com a perspectiva de viabilizar a garantia de acesso da população à saúde de qualidade, onde a população em situação de rua tem referência e desenvolve suas afetividades, vivências e relações sociais e sem precisar realizar grandes deslocamentos, para que acesse estruturas fundamentais para manutenção da sua saúde.

A situação de vulnerabilidade encontrada precisa de um acompanhamento nutricional e quanto à ingestão de água, torna-se importante pensar o contexto da cidade que inclua a população em situação de rua, como se pensa e vem sendo construída também em função desses grupos.

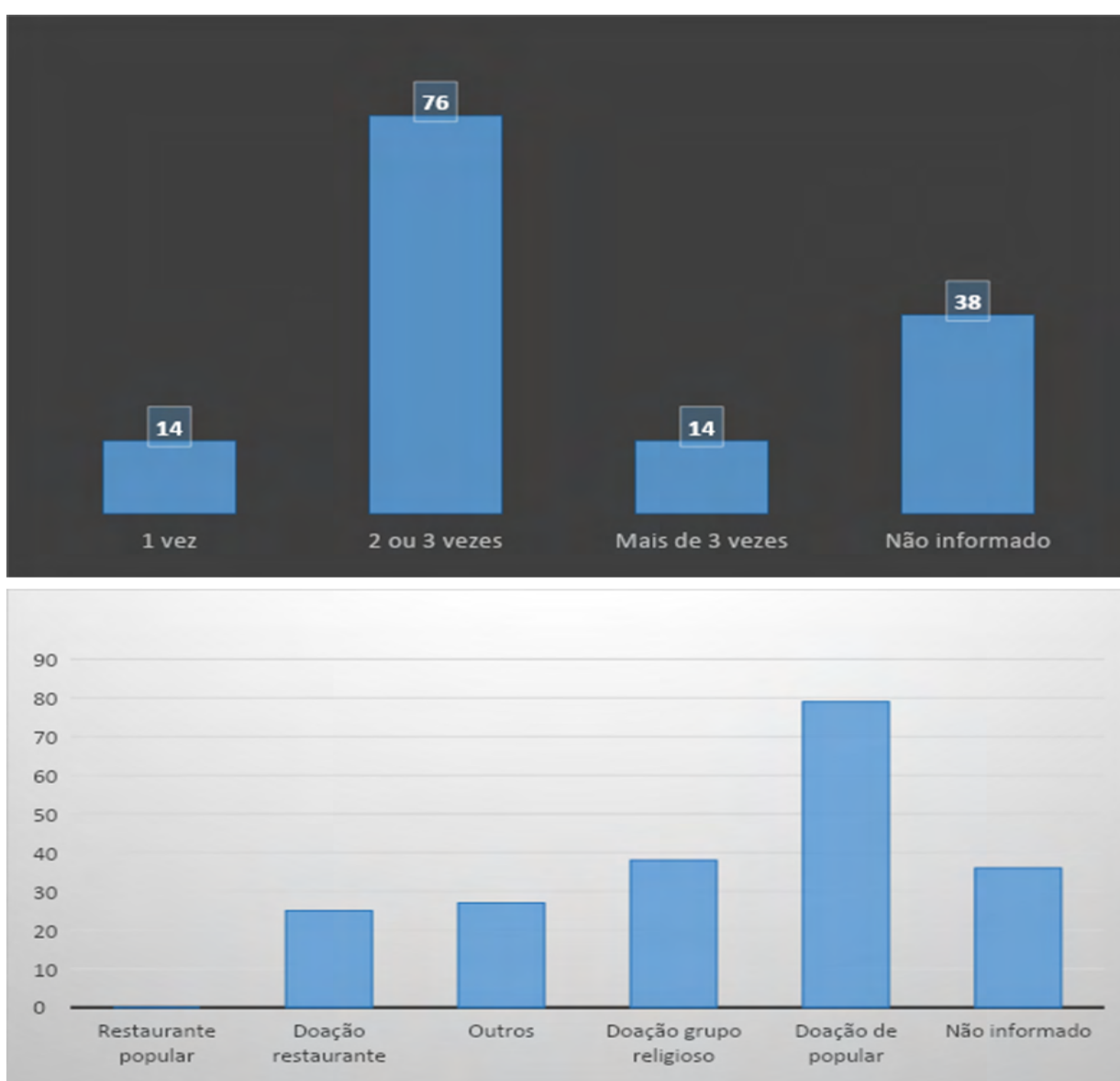
O contexto socioambiental vem a incidir nas escolhas - que limita-se diante de condições que são determinadas histórica e socialmente - de pessoas e grupos. Assim, pode-se haver uma maior exposição a fatores de riscos ou proteção, como ocorre também com o acesso à alimentação e em relação à quantidade e qualidade do que se é consumido.

“Daí a importância do estudo científico da alimentação e o interesse dos verdadeiros sociólogos em conhecerem os hábitos alimentares de cada povo para melhor esclarecimento de sua formação e evolução econômico-social. Também o higienista não pode lançar as bases de uma campanha eficaz de melhoramentos sanitários do nosso meio sem um conhecimento perfeito das fontes locais de alimentação e de seu aproveitamento pelo povo. A higiene tem que cotejar os seus dados para remediar os erros de uma alimentação imprópria e insuficiente, cujas consequências são as mais funestas para a coletividade.” (CASTRO, 2015)

O contexto socioambiental influencia o comportamento de indivíduos ou subgrupos populacionais, levando-os a diferentes níveis de exposição a fatores de risco/proteção para relacionar como ocorre o acesso à alimentação e quanto a quantidade e qualidade do que se é consumido.

7. CAPÍTULO VII- SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Gráfico 24 – Origem e frequência da alimentação, 2018 (n=12)



Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

Há um número bem expressivo de não informado quanto a frequência da alimentação, consta nos gráficos 24 e 26, mostra também um quantitativo entre 2 ou 3 vezes que alimentam-se por dia. Campo de informação que apresenta-se de suma importância para quem vive em condições de extrema vulnerabilidade social, em risco iminente e/ou situação latente de insegurança alimentar, o acesso regular e permanente aos alimentos de qualidade, torna-se condição essencial para promoção de saúde e à vida.

Uma alimentação adequada precisa ser suficiente e completa, em termos de calorias e nutrientes necessários para a manutenção do corpo e da vida. Com acesso à alimentação especial, suficiente e/ou dieta em casos de pessoas com diabetes, hipertensão, tuberculose, entre outras. A questão é que alimentação é fonte primordial de cuidado e proteção. A fome é questão de políticas públicas e preocupação mundial, inadmissível uma nação deixar sua população morrer de fome.

A população em situação de rua, por vezes, encontra-se a mercê da própria sorte, sem garantia suficiente de acesso aos serviços, necessitando de uma maior atuação da política, numa perspectiva mais transversal, com base no princípio da equidade, para atuar na perspectiva de garantia de direitos e que incida no processo saúde-doença de forma ampla e articulada intersetorialmente. Pois, segundo Castro (2015, p.12) “[...] atualmente já não se pode assassinar o proletário, mas se pode legalmente fazer morrer de fome.” Principalmente diante do cenário atual agudizada pela pandemia, em que:

[...] ONG Oxfam em seu relatório de junho de 2020 nos informa que 121 milhões de pessoas podem, em razão do Covid-19, estar à beira da fome. Até o final de 2020, 12 mil pessoas poderão morrer de fome, por dia, devido a casos de fome aguda causados pelo Covid-19. Os países mais afetados, segundo essa fonte, são os africanos e os latino-americanos, notadamente o Brasil, principalmente por causa do negacionismo retrógrado do atual Presidente Bolsonaro. (BOFF, p.15. 2021).

Conforme os dados apontados no gráfico 25, a origem maior da fonte de alimentação da população em situação de rua provém de doações; seja de populares, grupos religiosos e restaurantes comerciais locais; o que piorou consideravelmente a condição de fome, no período mais grave da pandemia. Vale salientar, que são dados anteriores aos restaurantes

populares Naíde Teodósio e Josué de Castro, inaugurados no final do ano de 2019, localizados no centro da cidade de Recife e voltados à PSR. Um ganho bastante significativo e que precisa ser ampliado, de forma que consiga descentralizar e atender aos que estão em territórios distantes.

Diante da situação de fome encontrada na rua e necessidade que a alimentação chegasse a territórios longínquos, foi iniciada em abril de 2020, diante da situação de isolamento durante a pandemia, a entrega de 150 marmitas à população em situação de rua. Ação implementada pela SDSDHJPD, mas que foi problematizada e fomentada a discussão a partir das equipes que atuam no território, como o Consultório na Rua e SEAS.

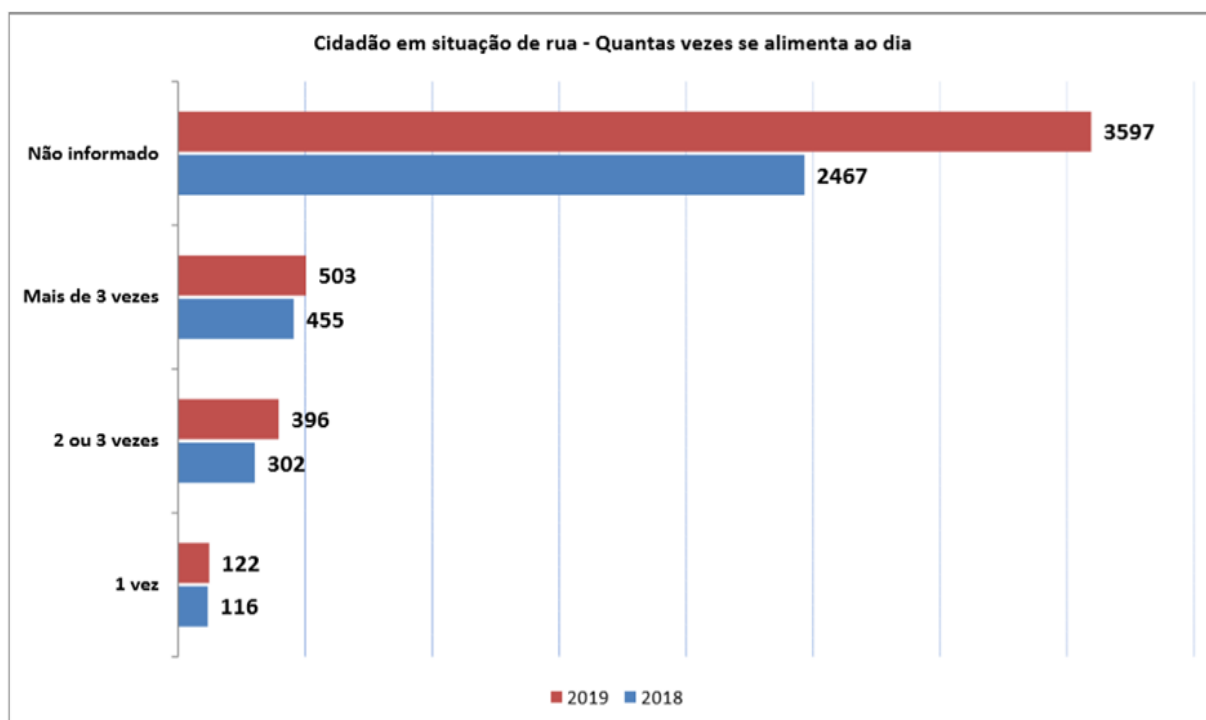
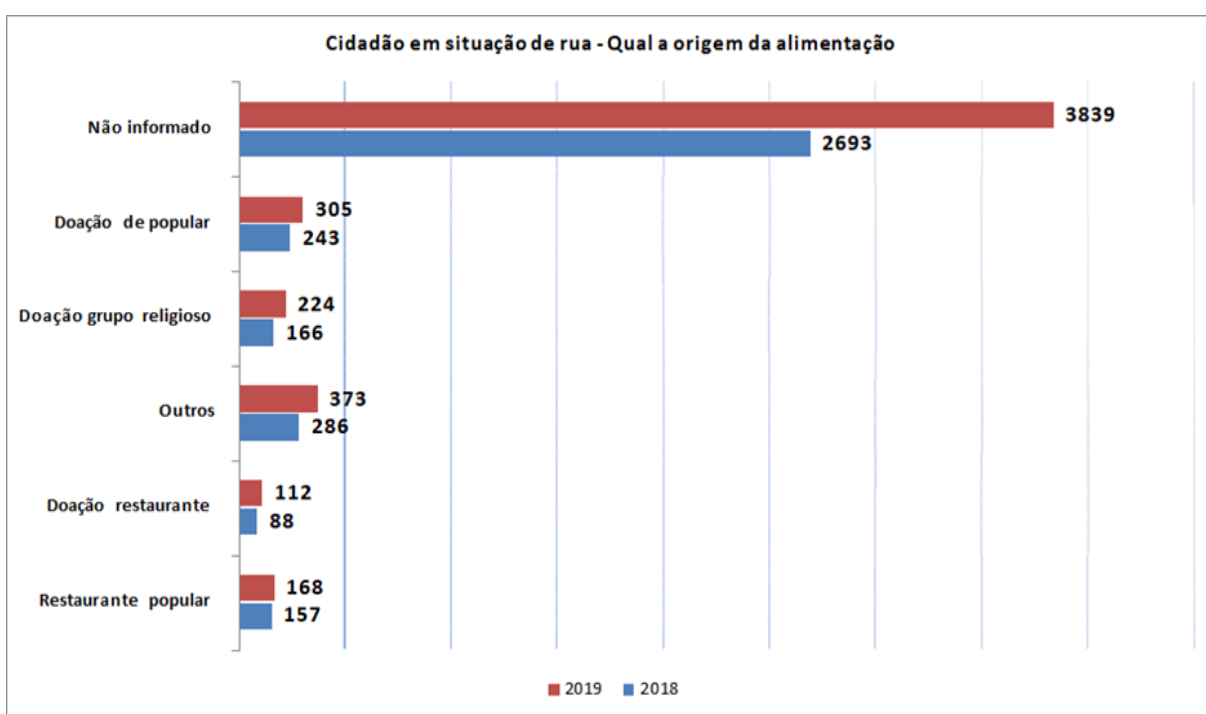
Momento em que houve, concomitantemente, a entrega de máscaras de tecido e um kit de higiene pessoal, momento em que foram realizadas orientações de prevenção ao COVID-19, com entrega de insumos e material educativo. Com atenção e encaminhamento em casos sintomáticos encontrados durante a ação.

Houve também outras iniciativas de instituições e da sociedade civil, que formaram parceria com o MST, e distribuíram marmitas no Armazém do Campo, em ação durante o período de isolamento na pandemia, chamada de “Mãos Solidárias”. Este caso em específico, compõem um posicionamento nacional sobre a questão da alimentação que muito se tem a aprender,

“[...] como o Movimento dos Sem-Terra que, sob o COVID-19, distribui gratuitamente centenas de toneladas de alimentos aos mais necessitados e expostos à contaminação; além de terem se proposto, no ano de 2020, a plantar 1 milhão de árvores nas áreas assoladas pelo agronegócio-, incorporando hábitos novos e semelhantes a esses, ou nosso tipo de sociedade terá dias contados.” (BOFF, p.22. 2021)

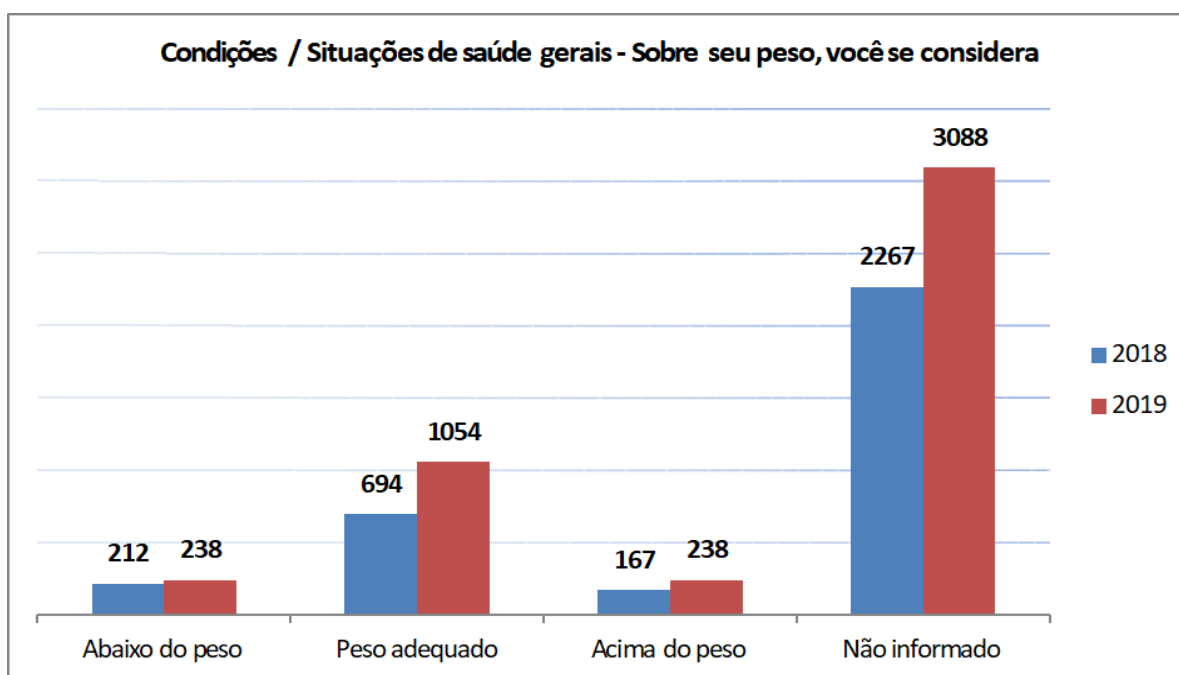
Com acesso à obtenção de alimentos de forma adequada e em conservação necessária, como forma de atuar na prevenção de doenças. Existem inúmeros riscos nos alimentos provenientes do lixo, pois estão expostos a roedores, animais sinantrópicos, tais como: ratos, baratas, pombos, que podem transmitir doenças graves ao ser humano e em outros animais. Aliás, pouco se tem em relação ao controle animal e ambiental voltado à população em situação de rua, precisa-se ter esta atenção maior.

Gráfico 25 e 26 – Origem e frequência da alimentação



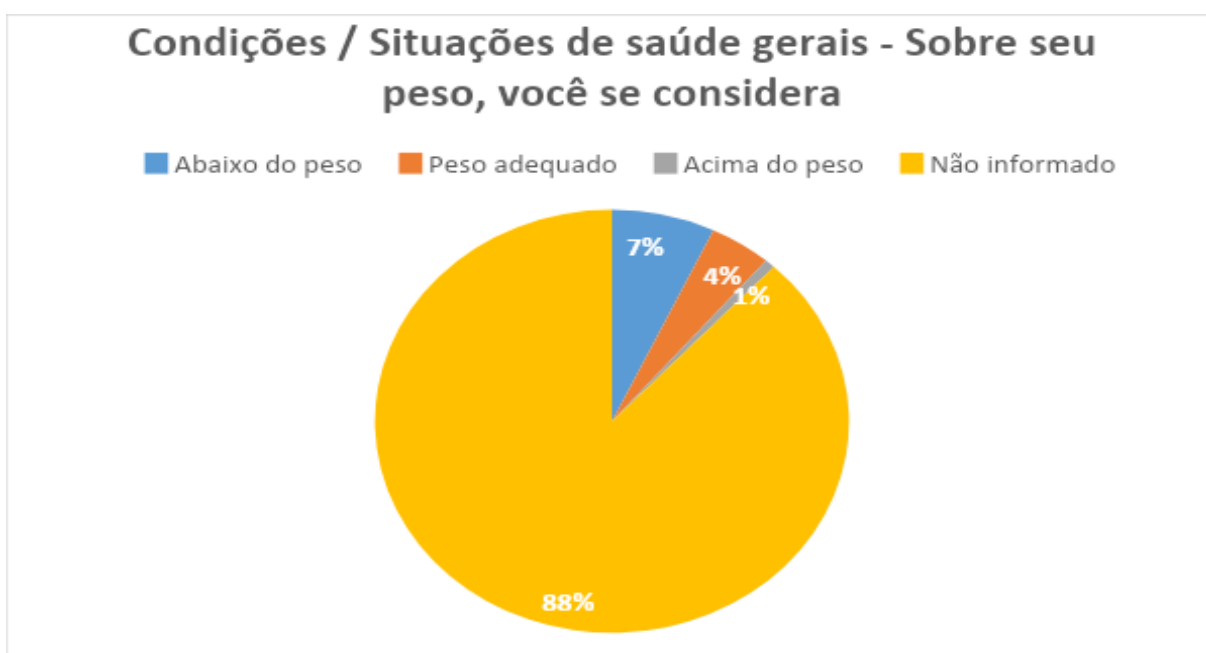
Fonte: Dados obtidos através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 27 - Condições/situações gerais - sobre peso



Fonte: Dados obtidos através do sistema eSUS/AB.

Gráfico 28 – O peso através do prisma das condições de saúde e vulnerabilidade social, 2018 (n=142)



Fonte: Cadastro da equipe do Consultório na Rua, Distrito Sanitário VI.

8. CAPÍTULO VIII- SAÚDE ÚNICA E OS DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE

A importância dos vínculos emocionais entre humano-animal, são fonte de afeto e apoio em diversos momentos, contato com animais podem motivar, servir como companhia, segurança, contribuir nas relações sociais. Animais trazem diversas possibilidades de socialização entre as pessoas e também colaboram para processos terapêuticos. Porém, também podem ocorrer transmissões de doenças entre si, desta forma, precisa haver cuidado e medidas preventivas adequadas, com vacinas, vermífugos e procedimento de castração precisam ser tomadas, pois:

[...]os animais fazem parte de famílias multiespécie ou estão, pelo menos, muito próximo ao convívio familiar, dividindo o ambiente e as fontes de água e alimento. Portanto, são considerados excelentes sentinelas da saúde pública, especialmente porque compartilham diversos riscos e condições de exposição com seres humanos. (GARCIA; CALDERÓN; BRANDESPIM, 2019, p.130)

No entanto, ainda não há um fluxo definido para que a população em situação de rua possa ter este cuidado com seus animais de estimação. Desta forma, foi implementada esta pesquisa no território e realizado o mapeamento de alguns pontos (que foram possíveis de serem visitados junto com as eCR I e VI, no DS I,VI e VIII), georreferenciados e apresentados nos mapas que constam nas figuras 1, 2, 3 e 4.

Mostra-se os locais que apresentaram animais de estimação da população em situação de rua, cães e gatos sem vacinação antirrábica ou cuidados. Estes cenários ocorrem em toda cidade do Recife-PE e requer um acompanhamento, de forma contínua, pelas equipes de saúde do território.

Quando não há uma atenção voltada para esses animais para uma guarda responsável - neste ponto, entende-se que deve haver uma co-responsabilização também com o município e o estado, porque abrange o âmbito público e trata-se de questão de

extrema vulnerabilidade social -, assim pode ocorrer, segundo Souza (2011) “propagação de doenças, o excesso de reprodução, mordeduras, acidentes e abandonos em locais públicos”.

Importante a atenção do poder público nesse sentido, pois além de não poderem realizar os cuidados com seus animais de estimação, a população em situação de rua, por muitas vezes deixa de ir para um atendimento nas unidades de saúde, realizar exames e vacinação para si, por não ter onde e nem com quem deixá-los.

O elo, afeto e cuidado das pessoas em situação de rua com seus animais, interferem diversas vezes no próprio cuidado. E isso é algo para ser pensado e problematizado, pois o poder público precisa criar estratégias para lidar com estas questões, com oferta e disponibilidade dos serviços para uma atuação mais transversalizada entre as políticas e acolhendo esta demanda, tão significativa, como exemplo explicativo:

O encontro entre o cão e uma pessoa em situação de rua é, sem dúvida, um símbolo de mútuo reconhecimento de identidades perdidas. São relações fortes ao ponto de muitos moradores de rua rejeitarem a ida para os albergues quando estes não permitem que o cão o acompanhe. Laços de pertencimento são reatados a partir da relação com pequenos objetos, símbolos e animais. (SPOSATI, 2009)

Tem-se a importância de uma articulação intersetorial, para além da articulação com a rede informal que as equipes realizam no território, quando surgem tais demandas. Quando uma pessoa que está em situação de rua, deixa de ir para uma casa de acolhida da prefeitura, ficando mais exposto na rua ao COVID-19, por exemplo, porque não quer abandonar seu animal, quando está exercendo sua guarda responsável, em que a partir deste ponto, cabe a parte do poder público na co-responsabilização com oferta de segurança e atenção deste animal, no entendimento da importância deste fator para toda linha de cuidado em sua plenitude .

Figura 1 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica área de estudo

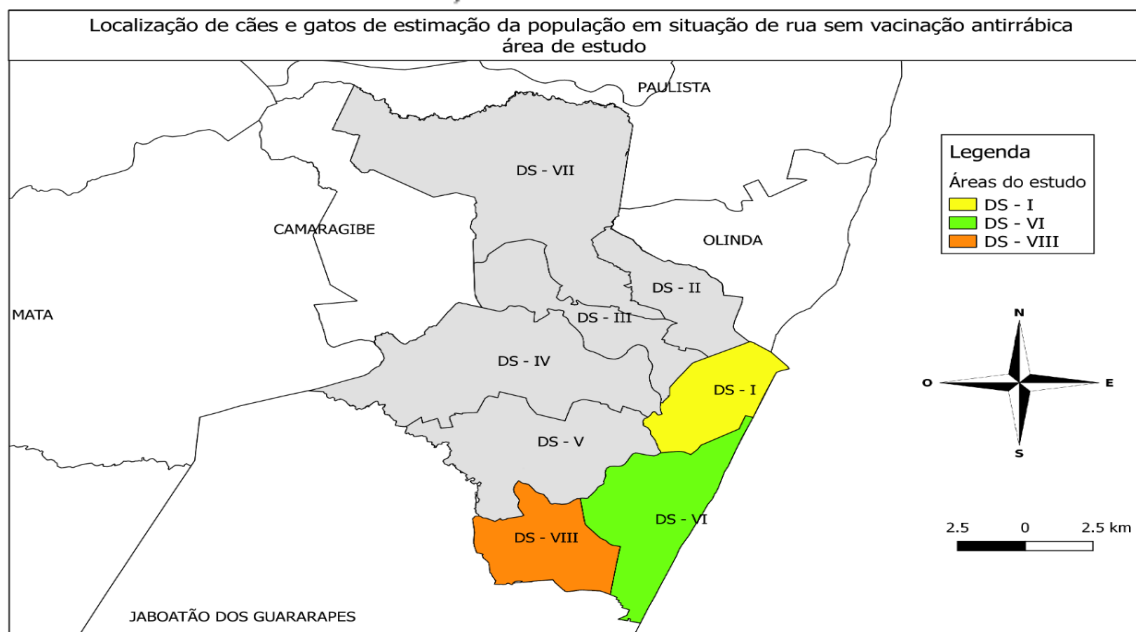
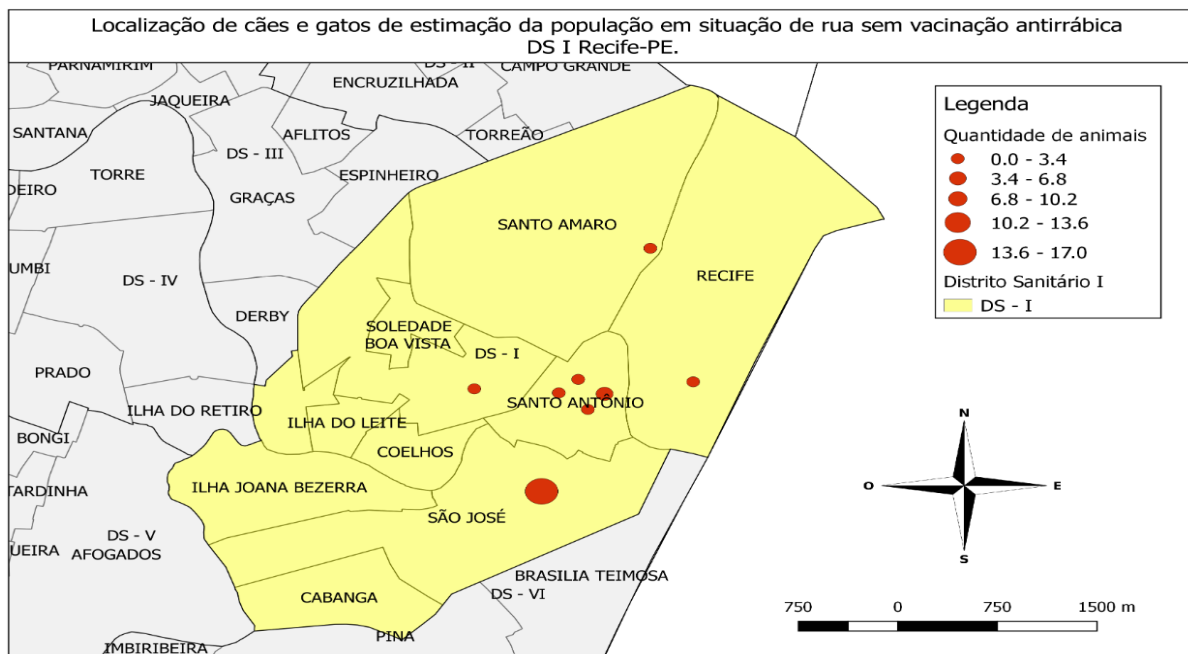
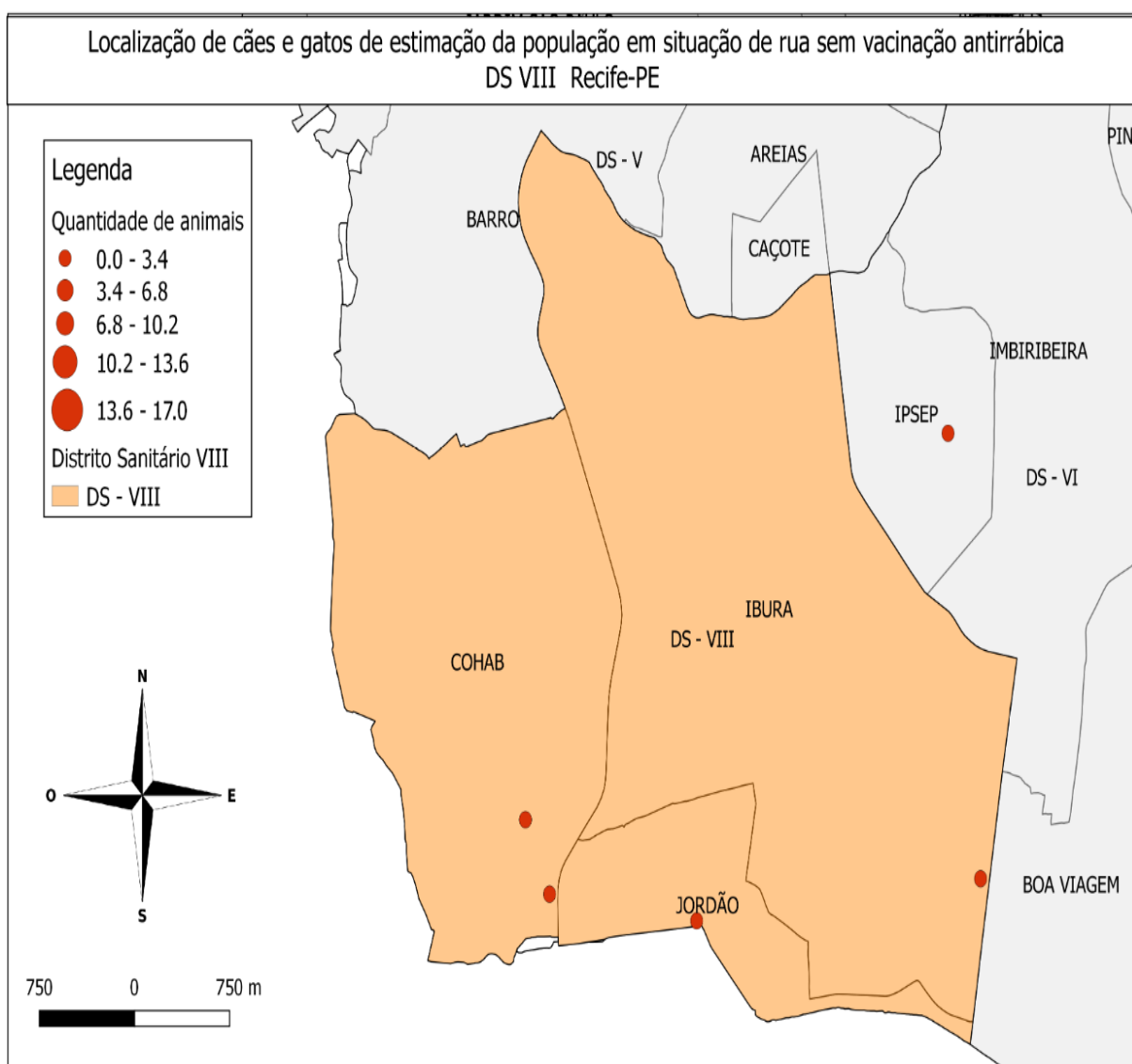


Figura 2 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica DS I Recife - PE



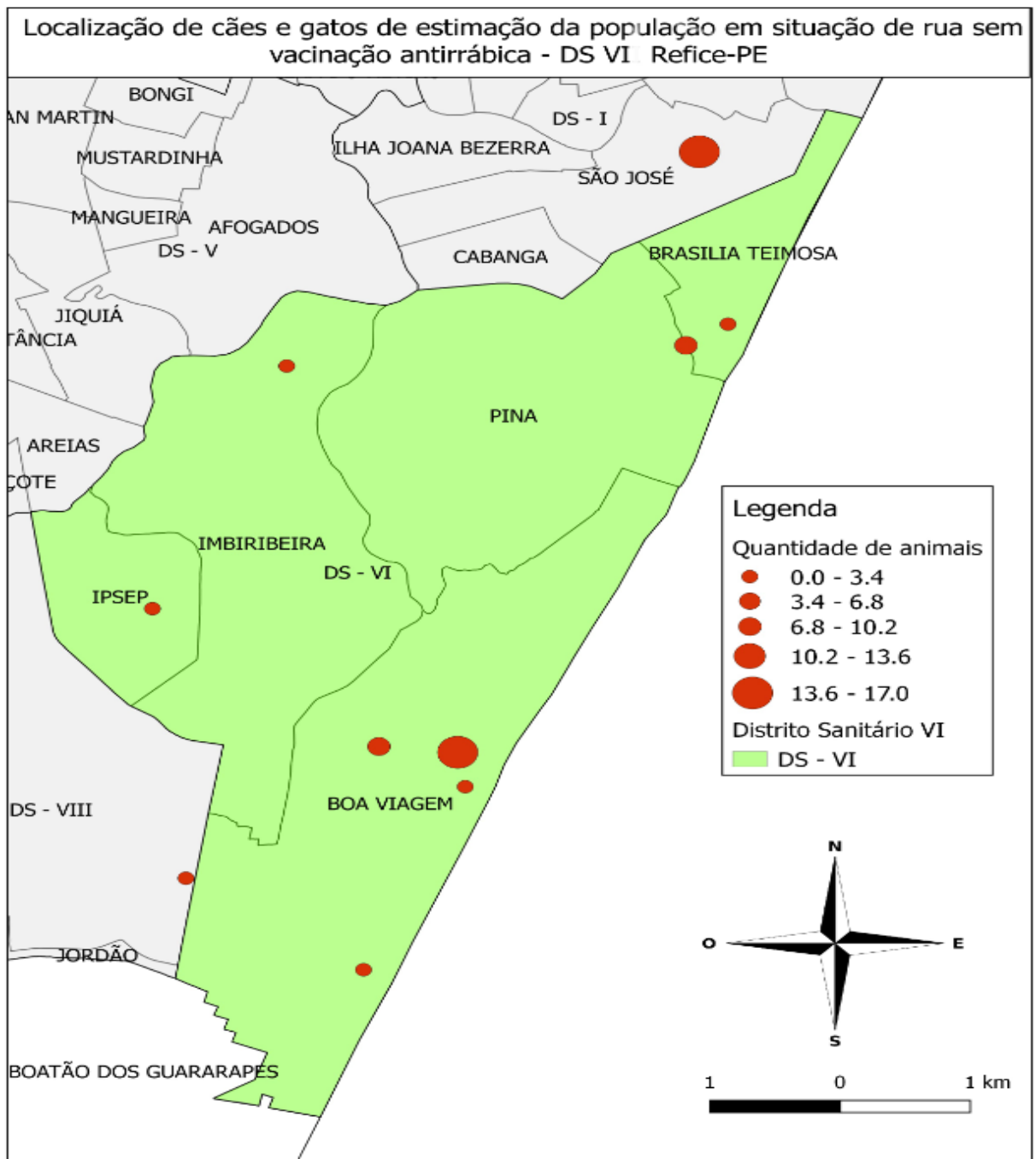
Fonte: Mapeamento realizado pela própria autora, 2021

Figura 3 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica DS 8 Recife - PE



Fonte: Mapeamento realizado pela própria autora, 2021

Figura 4 – Localização de cães e gatos de estimação da população em situação de rua sem vacinação antirrábica DS VI Recife - PE



Fonte: Mapeamento realizado pela própria autora, 2021

Esta relação homem-animal-ambiente, quando trata-se da população em situação de rua, toma proporções ainda maiores e com uma configuração diferenciada, pois abarca o campo de políticas públicas, principalmente quando o Estado não oferece serviços básicos de infraestrutura nas cidades que incidem nas condições de vida das populações. Quando um animal adoece pode passar a doença para o homem que cuida dele, este repassar para outras pessoas próximas e depois aos demais, logo irá trazer mais prejuízos e acabar em proliferação numa proporção maior.

Torna-se caso de saúde pública, portanto intervenção estatal, faz-se necessário criar estratégias para que as políticas públicas consigam abarcar esta população com um planejamento estratégico de ações que surtam efeito e consigam contemplar os cuidados com os animais que estão com seus donos em situação de rua, pois o cuidado, nestes casos, também remete a um cuidado com o ser humano, tendo em vista que este também está exposto à adoecer com doenças como a esporotricose, com relação ao gato; a leishmaniose canina, febre maculosa, transmitida pelo carrapato, entre outras.

Desta forma, este mapeamento, além de uma proposta de fluxograma (APÊNDICE C), voltados à repensar e traçar uma linha de cuidado com a população em situação de rua e seus animais, numa perspectiva de um olhar mais ampliado, voltado à saúde pública a partir do prisma do conceito da saúde única, que atua numa visão de saúde com abrangência na tríade homem-animal-ambiente, entendendo que há uma correlação entre si.

Ao longo da história da saúde pública, nos deparamos com várias epidemias, que poderiam ter sido evitadas ou amenizadas as consequências e efeitos se houvesse uma atenção maior atenção à prevenção e promoção à saúde, compreendendo esta, a partir de mudanças estruturais em diversos setores, não só saúde, que se comunicam e articulam entre si.

É interessante observar como os diversos fatores nos tornam mais vulneráveis a uma nova pandemia, tais como nos deparamos atualmente no Brasil, em que há uma grande desconfiança em torno dos estudos científicos e um (des) financiamento quanto às estruturas em saúde pública, com grandes cortes nas políticas sociais. “[...]além dos impactos negativos sobre a capacidade de o SUS dar respostas às necessidades de saúde da população, são

realizados cortes em políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, contribuindo com a piora mais acelerada da situação de saúde no país” (ROSA, 2018)

Assim, aumenta-se os rebatimentos nos Determinantes Sociais da Saúde, condições de vida da população. Deixa-se de investir em políticas públicas estruturais, tais como: água e esgotos, saneamento; habitação; serviços sociais de saúde; produção de alimentos; educação; emprego e renda, entre outros. Interferindo de forma direta e indireta nas redes sociais e comunitárias, estilo de vida dos indivíduos, idade sexo e fatores hereditários.

Os DSSs são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas condições são moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis seja internacional, nacional, estadual, municipal. E essas mesmas condições, também se refletem na saúde dos animais e do meio ambiente. São os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde, diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas, sendo um grande desafio o que se refere à relação entre os determinantes sociais e a saúde, ao qual:

[...]consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa e efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto.(BUSS; PELLEGRINI, 2017)

Desta forma, têm-se como princípios de ação, melhoria nas condições de vida e bem-estar, garantia de proteção social, enfrentamento à distribuição desigual de poder,

dinheiro e recursos. Diante dos referidos problemas, deve-se avaliar o impacto de políticas e ações, realizar pesquisas, traçar planos e estratégias, além de investimento financeiro nas políticas públicas.

Desta forma, o acesso aos serviços de saúde, condições de vida, trabalho, segurança alimentar, habitação, meio ambiente, serviços básicos, e muitos outros fatores, interferem e atuam diretamente na saúde das pessoas. Como também, reflete na saúde dos animais e do meio ambiente, e o que contribui para diminuir as desigualdades e promover saúde é um olhar mais amplo sobre a problemática, voltado às políticas públicas.

Para problematizar a questão, foi lançado oficialmente um o relatório de restauração de ecossistemas voltado para as pessoas, a natureza e o clima. Em “[...] Assembleia Geral das Nações Unidas, declarou a Década da ONU sobre Restauração de Ecossistemas de 2021 a 2030. Ao reconhecer a importância da atividade para combater a crise climática global e melhorar a segurança alimentar, o fornecimento de água e a biodiversidade” (Wri Brasil, ONU, 23/03/2019).

Ações que contribuam para diminuir os efeitos nefastos sobre a degradação da natureza e suas repercussões para o homem e os animais. Com a pandemia da COVID-19, o mundo se deparou com os efeitos da globalização. Assim, a importância de prevenir, detectar e lidar de forma mais articulada, coordenada e assertiva, com vistas ao alcance de resultados mais eficazes. A atuação em nível local, ser mais fortalecida e a arena de ações ter como norte principal, o território e a relação entre a APS e VS.

Apresenta-se a importância de um trabalho articulado, integrado e intersetorial em território para que seja realizada de forma mais ampliada a análise dos determinantes socioambientais na população em situação de rua, com uma atenção voltada a interação entre homem, animal e o ambiente, em que baseia-se no escopo da saúde única, sendo este direcionamento em ação, inédito na cidade do Recife, principalmente quanto a esta população.

A partir do princípio de integralidade do SUS, foi criado um instrumental para observação no território quanto à vulnerabilidade e exposição à riscos na população em

situação de rua, em que estando a saúde animal e a saúde ambiental intrinsecamente relacionada à saúde humana, necessitando ações em saúde pública que envolva esta tríade. Que pode servir de apoio para as observações no território para as equipes de saúde.

Durante a realização da aplicação em campo do referido instrumental de diagnóstico, foi observado a presença de animais de estimação entre a população em situação de rua, sem a devida vacinação, pois ainda não há um fluxo instituído voltado às especificidades de atendimento a este público e um olhar mais amplo sobre o território, tendo em vista a importância de ações pautadas em política de equidade.

Outra observação, refere-se à identificação de animais sinantrópicos que podem causar danos à saúde do homem, como pombos, ratos, baratas e um ambiente contendo lixo acumulado, esgoto à céu aberto, poções de água acumulada (com risco à formação de criadouro e foco de dengue), estando muitas vezes fora de área adstrita de unidades de saúde, até sem acesso aos serviços de saúde. Assim permanecendo, sem os cuidados e atenção necessária, tornando-se urgente a inserção desta pauta dentro da política pública voltada à população em situação de rua.

Precisa-se sair deste contexto, com oferta que subsidiem ir para além da luta constante pelas condições mínimas de sobrevivência. Assim, poderá se falar em política de acesso e promoção à saúde para quem encontra-se em situação de rua. “A condição humana, dentro do sistema capitalista, apresenta discussões sobre questões ambientais que envolvem a relação do homem e a natureza. Assim como, evidencia as desigualdades sociais existentes”, como apontada outrora, na obra literária *Vidas Secas* de Graciliano Ramos (1938).

9. CAPÍTULO IX - A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA PRÁTICA DO CUIDADO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE

A partir de um olhar diferenciado para atuação no território, torna-se importante um investimento em planejamento entre serviços, para que haja, de fato, uma integração entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde, partindo-se de uma análise da situação de saúde por meio do sistema e-SUS AB e mapeamento do território de abrangência, com utilização do recurso de georreferenciamento. Promover a realização de ações conjuntas, sistemáticas e contínuas, de forma intersetorial, com vistas a melhoria nas respostas e resolutividade das problemáticas existentes no território.

O trabalho intersetorial realizado com outras categorias profissionais, torna-se de suma importância para a realização do cuidado em território. A presença no território do trabalho articulado entre a Vigilância Ambiental e Zoonoses com a Atenção Primária favorece um maior espectro de atuação e intervenção, com o trabalho realizado em conjunto com diversos profissionais da saúde.

Experiências da inserção de profissionais tais como assistente social e médico veterinário na Atenção Primária em saúde, permitem verificar a importância quanto a melhoria da qualidade do atendimento no território frente às demandas das equipes de saúde da família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com uma atenção às questões relacionadas ao meio ambiente através de ações socioeducativas voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

O profissional de saúde deve estar capacitado para detectar as interações entre a saúde e o ambiente, que estão ligados intrinsecamente. Para o acompanhamento e cuidado em saúde das pessoas que estão em situação de rua, é extremamente importante a realização de mapeamento do território, buscando interligar o processo de doença à presença de exposição de forma crítica ou continuada à fatores ambientais.

A influência do ambiente, não sendo reconhecida no processo saúde-doença, é danosa à população, pois não se levar em conta a condição sanitária que o indivíduo vive pode inviabilizar as ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde, ou até mesmo impossibilitar um acompanhamento mais eficiente devido a pessoa não ter a resposta esperada quanto ao tratamento realizado, uma vez que este continua exposto à situação considerada danosa à saúde. “[...] Desta forma, negligenciar a influência do ambiente ocasiona um grande prejuízo à saúde pública, onde a população continuará em situação de risco iminente e possivelmente fatal caso as medidas corretivas não sejam tomadas” (GOUVEIA; ALONZO, 2017).

Assim, para as equipes da APS que atuam no território, este apresenta-se vivo e dinâmico, para tanto, faz-se necessário entender o contexto do processo que envolve saúde-doença-intervenção, em que o ser humano e os animais interferem no ambiente numa correlação. Em que, “[...] o primeiro desafio ético é a construção de um modelo de atenção que integre cuidados primários e conhecimentos da Vigilância sobre as necessidades em saúde daquele território”. (JUNGES; BARBIANI, 2013) e completa que;

[...] para dar resposta a esses objetivos dois conceitos são centrais: à compreensão ecossistêmica de saúde que surge da interface entre território, ambiente e saúde, apontando para o modelo da vigilância em saúde, e a visão da justiça ambiental que surge da constatação dos determinantes sociais da saúde, exigindo políticas intersetoriais para além do setor saúde. (JUNGES; BARBIANI, 2013).

No âmbito de atuação com as políticas, torna-se muito importante também a intervenção do profissional assistente social, integrando direitos sociais e ambientais, na identificação quanto ao acesso aos direitos a partir da contribuição na construção de políticas públicas voltadas a esta população. Articular as políticas setoriais, com adaptações necessárias à realidades da população que se encontra em situação de rua. Com base nos princípios da universalidade e equidade, na perspectiva de garantia dos direitos humanos.

Para tanto, faz-se necessária a intervenção e proposição no âmbito da formulação de políticas públicas voltadas à referida população para assegurar a partir das diretrizes contidas

numa política específica, seja em âmbito Municipal e Estadual, em consonância com a Política Nacional da População em Situação de Rua de 2009, para que haja uma continuidade no planejamento e execução de ações e que esteja inserida e prevista no plano anual dos diversos setores e de forma articulada, como habitação, saúde, assistência social, educação, trabalho, emprego e renda, cultura, segurança e acesso à Justiça.

Articular ações educativas e de intervenções no território, em que envolvam diversos setores, tais como: O CVA, EMLURB, DIRCON, CAPS, equipes de saúde e de assistência social, levando em consideração as demandas levantadas a partir do instrumental utilizado para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente (APÊNDICE B), assim realizar encaminhamento e articulação intersetorial, com vistas à promoção de campanhas de mobilização e sensibilização para o atendimento das questões envolvendo a população em situação de rua.

Fomentar discussões com a política ambiental do município para que as pessoas que fazem do material reciclável sua fonte de renda na rua estejam na pauta do planejamento e agenda das ações realizadas, sendo em curto, médio e longo prazo. A Convergência entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde, utilizando como ferramenta o sistema de Vigilância em Saúde, torna-se um eixo integrador entre ambas, a partir da integralidade como um princípio do SUS em que favorece o elo de construção conjunta e uma agenda programática.

A Vigilância se constitui como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e processamento de dados para ser publicizado, sobre os eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes para a proteção da Saúde da população a prevenção e controle de riscos agravos e doenças, segundo consta no artigo 2º resolução nº 588/2018.

Torna-se importante para tanto, estimular a promoção da Saúde como parte da integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde, em que haja uma ampla articulação com os demais serviços disponíveis nas redes de proteção social, a partir de ações baseadas no princípio da equidade, e também na participação e controle social.

Quanto à análise da situação de saúde, as ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população de uma forma geral, seja do país, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem explique quanto aos problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde contribuindo para um planejamento de saúde mais amplo, conforme resolução nº 588.

Os conceitos de prevenção e controle das doenças e agravos é encontrado nas resoluções anteriores (2011 e 2014) como conjunto de intervenções orientadas a observar quaisquer mudanças nos aspectos determinantes e condicionantes da Saúde individual e coletiva, com vistas a detectar, controlar e reduzir os fatores de riscos as doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, sua incidência e prevalência. A política nacional de vigilância em saúde, mesmo que não esteja diretamente relacionado à resolução Nº 588/2018, que é mais atual, porém têm-se esses como nortes para atuação na saúde.

A PNVS (Política Nacional de Vigilância em Saúde) compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e Vigilância Sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença, como consta no artigo 3º da (Resolução nº 588, 2018).

A Atenção Primária como sendo o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem as ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. (Resolução nº 588, 2018). Para desenvolver as ações, atravessa-se e perpassa-se, a transversalidade implica em aumentar o grau de comunicação, segundo preconiza a Política Nacional de Atenção Básica. E serem desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e direcionada à população em um território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade.

Os desafios da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária, ultrapassa as fronteiras dos saberes, está no campo das ações práticas, para além de apenas ações

programáticas com ênfase nas doenças e agravos. Pensar e ampliar a visão sobre a análise das situações, determinantes socioambientais e condições de saúde, aumentar as possibilidades de interfaces nas ações, com vistas às relações intra e intersetoriais e a promoção e proteção da saúde. Com a “[...] caracterização da situação ambiental da área, considerando o meio físico, biológico e socioeconômico, além disso, uma análise dos impactos ambientais” (SOARES, 2020)

Deve-se estruturar o processo de trabalho que pauta-se na transversalidade e integração das ações. Criar ações transversais para identificar os processos que fazem ligação entre si, compreendendo a atuação no território de uma forma mais abrangente e mais ecossistêmica possível, inserido em contexto social e ambiental, e não apenas focalizada, como as ações realizadas outrora, que por vezes, ainda encontra-se no cotidiano prático dos serviços.

Como exemplo, pode-se recordar de como eram os tratamentos de tuberculose e hanseníase, em que a pessoa apenas era vista pela doença e que os tratamentos eram focados apenas na doença em si, sem a análise das condições e determinantes, mas precisando entender que tinham outras necessidades que poderiam ser atendidas e trabalhadas, para que as pessoas não fossem vistas apenas como um ser doente e sim como pessoas inseridas num contexto amplo do mundo.

A integração se faz através de pessoas no dia a dia no fazer profissional e não através de, ou apenas por portarias, e nesse aspecto, torna-se importante trazer a tona, um teórico como E. Merhy, que abrange aspectos sobre processo de trabalho, em que aborda o conhecimento sobre as tecnologias (leve, leve-dura e dura) no campo da saúde. (MERHY, 2004).

Há um intenso e arraigado processo histórico e estrutural de fragmentação das ações nos serviços de saúde. Fragmentação enorme em conceber e executar o planejamento, além de articular as ações com outros serviços de saúde e de forma intersetorial. Com falta de espaço para uma maior ampliação de ações que estimulem a transversalidade e que causem um efeito potencializador do território de intervenção.

Têm-se um modelo de saúde dicotômico, em que as práticas e processos de trabalho que, por vezes, encontram-se imersos numa burocratização, enquadramento e rotina, contradizem o que preconiza o escopo teórico e formativo do SUS, que devem embasar e nortear o trabalho dos profissionais e serviços de saúde.

Constituir o trabalho nos serviços de saúde seguindo o todo que permeia o princípio da integralidade, torna-se um processo difícil e desafiador, diante de um histórico de ações fragmentadas, torna-se preciso investimento a longo prazo no sentido deste eixo integrador. Tem-se como potência a ser trabalhada a integralidade do cuidado e o que fortalece o processo de integração entre Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, assim como em todos os níveis de saúde.

A PNVS é uma política pública de estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público, segundo o artigo 2º (Resolução nº 588/2018). Para transversalizar todas as áreas suas ações estão em todos os níveis de atenção à saúde, sendo grande desafio à integralidade de toda a rede.

Com intuito de entender a importância e o papel fundamental da Vigilância para garantia dos direitos do SUS com vistas à garantia da universalidade, integralidade, qualidade e também quanto à resolubilidade das ações no território e nos serviços de saúde ofertados para toda a rede. Esse processo se dá tendo como base a reorganização do processo de trabalho.

As vigilâncias sanitária, ambiental e epidemiológica; saúde do trabalhador e promoção da saúde se mostram como referências essenciais para a identificação da rede, quanto às causas dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, em que compreendem a percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção, com elementos presentes na (PNAB, 2017). Em que:

O primeiro recorte da Vigilância à Saúde refere-se à proposta de integração entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária e visando superar a fragmentação das ações no âmbito mais local do sistema de saúde (municipal, por exemplo)(4). Mais recentemente, essa proposição parece

transcender o âmbito da vigilância epidemiológica e sanitária, organizando-se a partir da integração coordenada entre as áreas de vigilância ambiental, de saúde do trabalhador e de zoonoses, com o objetivo final de contribuir para a prevenção de agravos e a promoção da saúde. (FARIA; BERTOLOZZI, 2010)

Processo de trabalho integrado, está organizado no território e serviços complementares entre si, não de forma fragmentada e é isso que é importante para a integralidade das ações de saúde. A participação da comunidade no controle social que é imprescindível, articulação com comissões locais e de saúde, a participação da sociedade civil e dos movimentos sociais, porque as estratégias de solução devem vir das pessoas que serão direcionadas à política, proporcionando voz e vez com vistas a uma atuação mais democrática e participativa.

Realizar um planejamento integrado e intersetorial com base na promoção, proteção, prevenção e controle. Para além de planejar e executar, deve-se também monitorar e avaliar as ações sistematicamente. Integração e o mapeamento do território e das habilidades profissionais, fazer uso dos elementos da epidemiologia como ferramenta importante neste processo.

E o sistema de informação integrado é fundamental para todo Sistema de Saúde porque através do sistema de informação que se pode atuar no território utilizando a informação obtida nos sistemas para conhecer melhor a área de abrangência e trabalho, para poder realizar planejamento e formular ações estratégicas em que estejam em consonância com a realidade das pessoas da localidade, sem fórmulas prontas.

O mapeamento territorial contribui para o levantamento das demandas existentes no território. Assim, entende-se como território vivo, o local onde as pessoas vivem, trabalham e estabelecem relações afetivas, sociais, parcerias e compartilham práticas e trocas de saberes. Assim, essas relações estão sempre em ação e movimento, exatamente por isso é vivo e conseqüentemente dinâmico, para tanto não pode ser tratado como algo estático e sem vida.

Quando se faz a delimitação do território, deve-se avaliar os riscos ambientais e quais são, se são próximos áreas industriais, questão do armazenamento, coleta e transporte de

lixos, se fica próximo à transporte, se tem esgoto à céu aberto, verificar se há barreiras e muitas famílias em risco e se há um trabalho articulado com a Defesa Civil, enfim, os riscos ambientais são vários (ALMEIDA; COTA; RODRIGUES, 2020).

Tem também os riscos biológicos e os aspectos socioeconômicos que são de suma importância para mapear as vulnerabilidades da população no território. A questão da renda familiar per capita, modos de viver e de trabalhar, que interferem de forma totalmente diferente na vida, com realidades distintas e riscos à saúde, os distintos modos de produção também é muito importante, se o local de referência fica próximo de praça, praia, mercado público... Como se dá a questão do emprego e renda, acesso à cultura e lazer local. Fatores que incidem de forma direta e indireta na saúde, pois entende-se que:

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. (CARVALHO, 2013)

Os equipamentos sociais que existem como escolas, praças, quadras, serviços de assistência social, com articulação e acesso aos serviços, para que possa ser feito um trabalho conjunto e encaminhamentos, pois a saúde envolve outros setores do governo, conhecer as lacunas que há nesses serviços, quanto aos encaminhamentos e construção de fluxos.

Por fim, as estratégias para articulação do processo de trabalho dos ACS e ACE estão a partir da construção conjunta em traçar um perfil sócio-demográfico da população que compõem o território de abrangência, contendo o quantitativo com população total, sexo, faixa etária, perfil socioeconômico, renda familiar, per capita e vulnerabilidade socioeconômicas.

Quanto à urbanização, deve-se apreender a questão da pavimentação, saneamento básico, transporte público e suas condições, características dos domicílios, funcionamento do abastecimento e tratamento da água, destino dos dejetos, energia elétrica etc. (JUNGES; BARBIANI, 2013)

São várias situações que interferem e compreendem o escopo dos determinantes socioambientais que compõem e interferem direta e/ou indiretamente na saúde, e assim constituem campo de atuação e articulação. A importância também em investir nas notificações compulsórias, até então não exploradas em sua totalidade de abrangência pela rede de Atenção Primária.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), institui a Atenção Primária como ordenadora do cuidado e ordenadora da rede, por isso é importante conhecer os riscos ambientais e sanitários em que a pessoa está inserida e não somente as doenças e agravos até para não ficar focalizando nas demandas e ficar repetindo os modelos que se tem repetido a séculos de fragmentadas ações curativas e trabalhar de forma mais articulada.

Importante o conhecimento e estabelecimento dos fluxos para acesso em toda rede de saúde ou intersetorial, participação em reuniões de planejamento e também visitas de monitoramento conjunta no território. Importante para implantação deste processo de trabalho, a realização de educação em saúde voltado aos profissionais, com foco na integração entre a Vigilância e Atenção Primária.

Para conseguir colocar em prática e efetivar a integração entre a Atenção Primária e Vigilância em Saúde, torna-se imprescindível que haja uma reorganização no processo de trabalho das equipes, principalmente as que se encontram com trabalho no território. Precisa-se colocar em pauta, as tecnologias utilizadas e os processos já realizados no cotidiano do trabalho, tais como: reuniões de planejamento e monitoramento semanais, ações, saber sobre as discussões que são realizadas dos casos da situação do território, assim, atuar com pessoas que constroem e executam as políticas públicas na ponta, nos serviços direto com a população.

Tendo em vista o contexto em que os indivíduos em situação de rua estão expostos, torna-se necessário entender melhor como ocorre a integração entre a Vigilância e Atenção Primária em saúde desta população visando a minimização dos riscos de adoecimento e resolubilidade dos casos do território através da implementação de medidas estratégica de prevenção e promoção à saúde.

A pesquisa e discussão sobre população em situação de rua vem tomando cada vez mais destaque no Brasil, porém esse assunto ainda precisa ser melhor explorado em Pernambuco, necessitando de mais estudos que visem analisar os impactos que esta situação acarreta no processo de saúde-doença da população. Importante relacionar o ambiente e população em situação de rua, verificando indicadores sociais, ambientais e psicossociais, através de uma visão integral da pessoa em seu ambiente e local de referência no território.

Com a recente publicação em Diário Oficial da Prefeitura do Recife-PE (Edição nº 060 - 29/04/2021), tem-se a efetivação da política pública municipal de saúde voltada para a população em situação de rua, a partir de então faz-se ainda necessário a criação de outros documentos técnicos com normas e princípios que irão servir como norte para execução da política, assim como um planejamento articulado e intersetorial de curto, médio e longo prazo, com vistas aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, como preconizado na Constituição Federal, todavia um importante passo foi dado pela atual gestão.

Está em construção a formação no Recife-PE, um Comitê Técnico de Equidade e Educação Popular em Saúde, promovendo a equidade, a educação popular em saúde e a gestão estratégica e participativa no Sistema Único de Saúde do Município, potencializando as interfaces com as demais políticas para a efetivação e defesa do SUS.

Um desenho bem interessante e estratégico de se pensar a organização da política, visando uma interação prática para fortalecimento e a integralidade dessas políticas que necessitam estar transversalizadas, permeando o âmbito das demais políticas existentes, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades, que abrange um espectro maior de intervenção.

O referido Comitê, visa contribuir para a discussão e a execução das Políticas de Saúde da População Negra; Saúde Integral da População LGBT; de Saúde da População em Situação de Rua; Saúde Integral da Pessoa Privada de Liberdade; Educação Popular em Saúde; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Em vistas às ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças, para ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, imprescindível para tanto, um olhar ampliado.

10. CAPÍTULO X- POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, PRÁTICA DE CUIDADO E O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA PRINCIPAL

Diante de um contexto de desigualdades sociais, existente no Brasil, e histórica exclusão da população em situação de rua, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, para garantir o acesso à saúde das pessoas em situação de rua, foram criadas as equipes de Consultório na Rua (CnaR), advindo da junção entre as experiências com o programa Consultório de Rua (equipe itinerante com foco na saúde mental) e do programa Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio (ESF com equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação de rua), em que:

Atualmente, a maioria das equipes voltadas para o atendimento da população em situação de rua está vinculada ao Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde (não mais à coordenação de saúde mental), sob a denominação de consultório na rua. Diferentes dos consultórios de rua, [...] as atuais equipes responsabilizam-se pela Atenção Primária à saúde dessas pessoas. Na prática mudou, além do nome, a composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias. (SANTANA, 2014)

As eCR, tem composição multidisciplinar e são aptas ao acolhimento diante das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), o Consultório na Rua, compõem um dispositivo da Atenção Básica de Saúde, que atua sendo articulador da rede de atenção à saúde, prestando atenção integral a pessoas em situação de rua, tendo como base de sua prática a construção de vínculo, de maneira processual, com objetivo de promover cuidado longitudinal a esta parcela da população que historicamente é distanciada dos serviços de saúde.

A experiência de construção do Consultório na Rua, teve em seu histórico formativo embrionário entre a política de saúde mental, a partir do Programa Mais Vida, que tinha como

objetivo consolidar uma rede de atenção integral e intersetorial para os usuários de álcool e outras drogas, a partir do prisma da redução de danos. Até a condução inicial do processo, de compor as duas eCRs em 2013 e formar os profissionais (composto misto de concursados recém chegados e agentes redutores de danos que iniciaram neste processo do Mais Vida), como uma forma de completar a RAPS. Este processo inicial de surgimento, repercutiu, de certa forma, no acolhimento dentro da própria Atenção Primária, ao qual está inserido e ainda luta pela legitimação e reconhecimento da rede.

“Neste contexto, a Secretaria de Saúde do Município de Recife implantou, no segundo semestre de 2003, o Programa + Vida: política de redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas, pautado nas orientações da política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, pela incipiência das ações voltadas para usuários de drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Recife. O programa divide-se em três eixos de abordagem: a) promoção, proteção específica e redução de danos; b) assistência à saúde: tratamento e reabilitação e; c) perspectiva epidemiológica. A rede está centrada em ações intersetoriais e multidisciplinares, envolvendo práticas educativas e campanhas com interface nos setores de educação, lazer, cultura, trânsito, segurança, entre outros.”
(MEDEIROS, 2010)

A saúde é compreendida como direito de todos e dever do Estado, deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que proporcionem 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).

Apesar disso, ainda há sérios entraves quanto ao acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde da Atenção Primária na cidade do Recife-PE, quando ainda há dificuldades mínimas, como abrir um prontuário para PSR nas unidades, ter equipe de referência numa unidade que irá realizar seu acompanhamento longitudinal da mesma forma que realiza com todos de uma área delimitada que se acompanha.

A dificuldade da população em situação de rua em acessar os serviços de saúde, constitui um grande desafio a ser ultrapassado. Importante lançar mão de estratégias para garantir este acesso, uma delas foi a incorporação de equipes de Consultório na Rua na rede

de saúde. Destarte, apresenta-se como uma forma de viabilizar este acesso, a partir da compreensão da realidade vivenciada nas ruas e as especificidades destas pessoas.

Quando, historicamente, foram destituídas dos seus direitos e distanciadas dos equipamentos públicos e privados. Ainda há um imenso preconceito contra a PSR que permeia o imaginário social, também entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, torna-se um dificultador quanto ao atendimento a esse público.

Questões relacionadas à estrutura das unidades de saúde, poucos equipamentos que oferecem apoio à população em situação de rua no território, também são dificultadores. Como a baixa procura da PSR aos serviços de saúde como aparecem nas falas dos profissionais de saúde (Tabela 1): “procura por atendimento ambulatorial e de emergência”, “[...] é uma demanda bastante reprimida”.

Porque promoção à saúde e prevenção, são contextos distantes da realidade de luta cotidiana pelas condições de sobrevivência dessa população. Cujas construções de pensamento perpassa primeiramente no âmbito do real, concreto e a curto prazo, inerente à condição humana, sob condições limitadas.

o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012)

A análise da pesquisa realizada com os profissionais da Atenção primária, no que se refere à questão do acesso da população em situação de rua nos serviços, pode-se ser observada a partir das colocações realizadas na questão aberta, como consta na (Tabela 1).

Quando nos gráficos 31 e 32 , em que constam, respectivamente, o cadastro e o acolhimento realizado pelas equipes das unidades de saúde às pessoas em situação de rua. No primeiro gráfico, o Consultório na Rua apresenta-se com um grande número de cadastros realizados em detrimento das demais unidades. O mesmo acontece no segundo gráfico, embora outras unidades também apareceram com a questão do acolhimento, com a USF Vila do Sesi.

As unidades de saúde que estão no território precisa conhecer sobre a Política da população em situação de rua, seus direitos e a importância desses serviços, enquanto referência no território em que encontra-se situada às PSR

Devido ao precário acesso à renda, os sujeitos ficam privados ou acessam com mais dificuldade os meios de superação das vulnerabilidades vivenciadas, sejam tais meios materiais ou capacidades impalpáveis, como a autonomia, a liberdade, o autorrespeito. É nesse sentido que se torna possível associar a vulnerabilidade à precariedade no acesso à garantia de direitos e proteção social 29,43, caracterizando a ocorrência de incertezas e inseguranças e o frágil ou nulo acesso a serviços e recursos para a manutenção da vida com qualidade. (CARMO; GUIZARDI, 2018)

Tem-se a luta por direitos e a efetivação de políticas públicas voltadas para essa população como de suma importância. E são várias as questões que fazem uma pessoa ficar em situação de rua, entre elas a questão do desemprego, conflitos familiares, saúde mental, orientação sexual (por não aceitação de familiares), crises econômicas, uso abusivo de drogas de álcool e outras drogas, enfim.

Por políticas públicas, entende-se como sendo o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais implantado pelo Estado para dar respostas aos problemas enfrentados pela sociedade, diante de uma necessidade real vivida. Desta forma, Acurcio (2020) argumenta que “[...] as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los”.

Tabela 1 – Colocações sobre acessibilidade e inserção de PSR nas Unidades

Colocações	
Acessibilidade e Inserção da PSR nas Unidades	
Quando Ocorre	Quando não Ocorre
Até o momento nossa equipe só teve a experiência com apenas uma pessoa em situação de rua, quando estava na área o encontrei, foi realizado o acolhimento, realizado encaminhamentos, fazia pouco tempo que estava na área, dormia em um carro abandonado, veio de outro bairro, usava álcool, porque as pessoas das barracas forneciam e uma senhora dava o almoço, mas não resistiu a tuberculose e câncer de faringe.	Não temos pessoas em situação de rua cadastradas
São poucos os casos que chegam. Geralmente vem do caps.	A USF não tem o quantitativo desses paciente
Não é comum receber demanda desta população na USF. A sala de curativos tende a receber mais esta demanda. Quando temos, realizamos o acolhimento e encaminhamos para os serviços de acordo com a demanda.	No momento, sem nenhum
Teve uma pessoa com suspeita de Tb mas não voltou. Recebeu as orientações para o exame mas não fez	Falta de procura da população de rua
Nossa equipe realiza poucos acolhimentos à população em situação de rua, é uma demanda bastante reprimida	Ir à procura dessa população pois não é normal procurarem os serviços de saúde
Procura por atendimento ambulatorial de emergência	Não há procura por atendimento dessa população
	Não há demanda da população de rua, como a maioria não possui endereço fixo isso também influencia na falta de acolhimentos
	Não existe procura por serviços de saúde oferecidos na unidade por essas pessoas
	Acolhimentos a essa população são quase inexistentes

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora em entrevistas com profissionais de saúde da APS

Em anexo, constam as propostas de funcionamento de fluxo para atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a articulação intersetorial, e conseqüentemente, o acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua, reduzindo os danos e qualificando a prestação dos serviços públicos de saúde à população em situação de vulnerabilidade, pois:

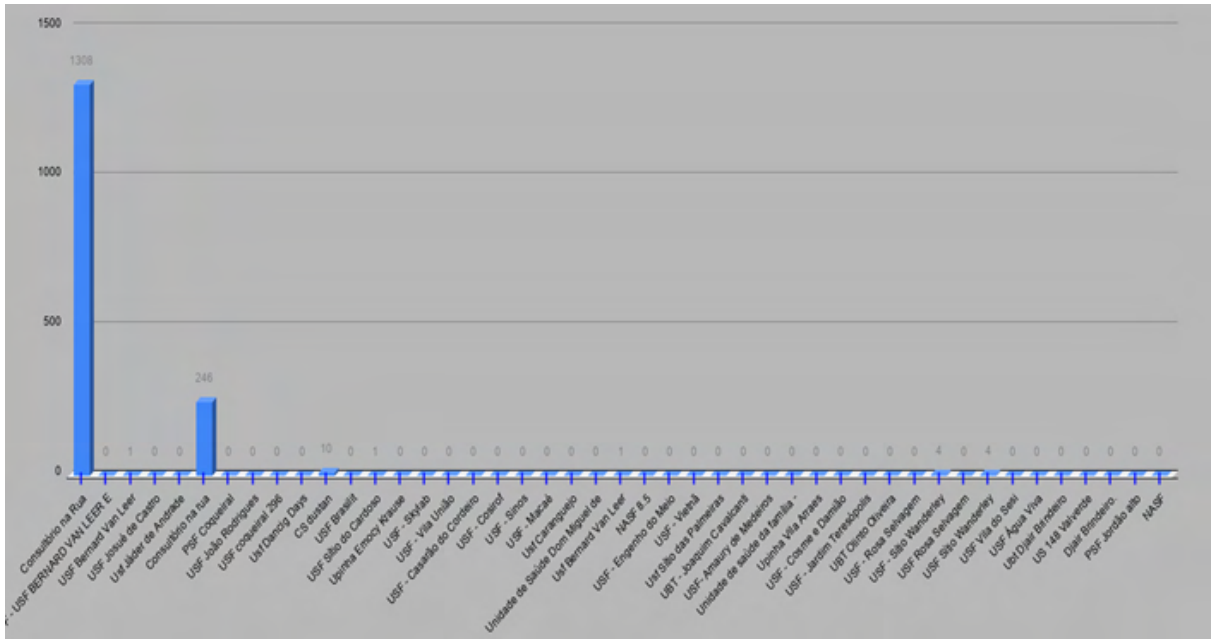
Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por conseqüência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde. (PNAB, 2017)

A falta de comprovação de residência por esta população é um grande desafio no campo da saúde, pois é o principal entrave para a garantia de acesso aos serviços de saúde, além disso, os tratamentos de saúde, na maioria das vezes, não levam em consideração as condições de vida desses indivíduos e contam com profissionais de saúde despreparados para o acolhimento desse usuário (COSTA, 2005).

Os mecanismos para viabilizar o acesso da população em situação de rua ao atendimento regular nas unidades de saúde apresenta-se como algo que precisa ser vencido porque ainda há uma grande dificuldade nos recursos humanos e também de estrutura, que encontra-se sem preparação para acolher esta população com suas especificidades para viabilizar o direito à saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e que o atendimento seja de forma continuada e longitudinal, baseado no princípio da equidade.

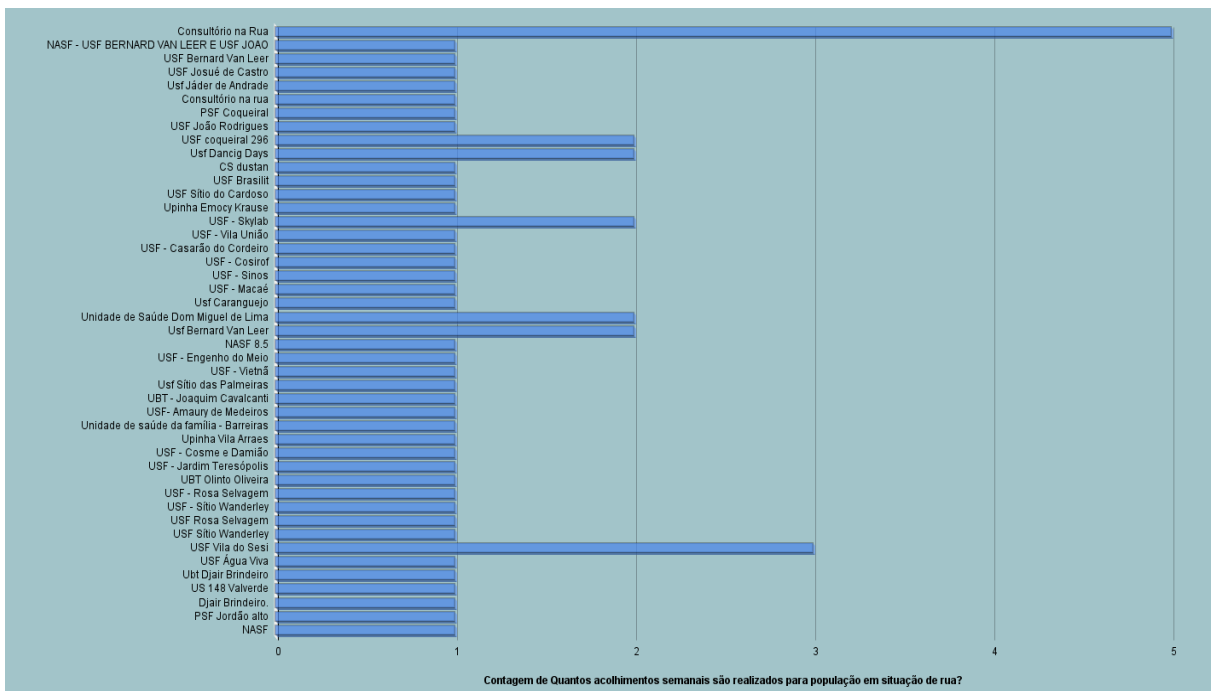
Deve-se haver um investimento maior no controle social para que esta população, através da luta mobilizada pelo movimento da população em situação de rua para que reivindique e cobre das autoridades a garantia de seus direitos que estão preconizados nas legislações e políticas públicas.

Gráfico 31 – Pessoas em situação de rua cadastradas, por equipe de saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 32 – Contagem de acolhimentos semanais, realizados para população em situação de rua



Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Nas últimas décadas, a temática relacionada à população em situação de rua vem sendo discutida no âmbito das políticas sociais de forma mais ampla, não sendo essa população apenas associada à ausência de moradia (MONTEIRO, 2019). Segundo o mesmo autor, estes indivíduos encontram-se intrinsecamente ligados a um processo de exclusão social, sendo importante direcionar discussões no campo dos direitos humanos e sociais que são violados nesta população.

Em relação às políticas sociais, historicamente, ainda há um enorme déficit quanto à política habitacional voltada à população em situação de rua e em extrema vulnerabilidade social. Importante refletir sobre que projeto e planejamento urbano, pautado na cidade e mais importante ainda, pensar para quem está voltada os projetos urbanos em andamento, qual público se beneficia diante de uma arquitetura hostil e vertical, cada vez mais implantadas nas capitais.

Como direito humano, a habitação está calcada na dignidade humana (cerne dos direitos fundamentais) cuja base é autonomia, liberdade, participação política e acesso a recursos materiais, bem como a proteção contra o tratamento desumano e degradante a qualquer pessoa. Da mesma forma, o direito à moradia corresponde tanto aos direitos civis e políticos como aos direitos econômicos e sociais, sendo reconhecido tanto pelo PIDESC (Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) quanto pelo PIDCP (Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos) no âmbito das Nações Unidas (OSÓRIO, 2014 apud BUONFIGLIO, 2018).

A população em situação de rua expõe a falta de políticas públicas voltadas para essa efetivação de direitos sociais, invisibilizados pelo cotidiano nos centros urbanos. E a questão habitacional produzida no capitalismo caracteriza-se por uma lógica voltada ao mercado e especulações imobiliárias. Moradia é um direito, muito importante as cidades colocarem esta discussão em pauta, com planejamento e projeto de habitacionais populares e coletivo para usufruto, como forma de pensar habitação enquanto interesse social.

11. CAPÍTULO XI- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E MATRICIAMENTO PARA EQUIPES DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO

Através da pesquisa realizada com os profissionais de saúde, obteve-se a compreensão das demandas levantadas por estes, quanto ao investimento em infraestrutura das unidades, como forma de viabilizar o trabalho com condições básicas “Melhorar a gestão da atenção básica e as questões de infraestrutura e marcações de consultas” (Quadro 1), algumas dificuldades vivenciadas pelas ESF, dificultam por muitas vezes, a oferta de um serviço com qualidade à população assistida.

A análise quanto à estrutura, evidenciou que a maioria das equipes possuem ainda muita dificuldade quanto ao registro das atividades através do e-SUS AB, assim foi relatado que “O sistema não tem um programa eficiente” (Quadro 1), além das divergências encontradas nos resultados de pesquisa e-SUS entre os anos de 2018 e 2019. Os espaços das unidades mostraram que poucas delas dispõem de local e equipamento adequado para realização dos registros de suas atividades, além de muitas dúvidas quanto ao manuseio dos equipamentos.

Importante seria um processo contínuo de educação permanente, com um suporte maior para dúvidas, acompanhar e incentivar os profissionais quanto aos registros das atividades diariamente, cursos de atualização quanto à georreferenciamento em território com parceria com as universidades, manutenção dos computadores, condições de infraestrutura para trabalhar, internet com qualidade.

Esses processos para viabilizar os registros, apresentam-se de suma importância na atualidade, para além de tantas questões que poderiam ser apontadas, duas serão citadas: Devido ao financiamento para garantia dos recursos (só esta questão já necessitaria um curso

inteiro) e devido a importância dos dados gerados nos relatórios para conhecer melhor sobre a população atendida, subsidiando formulação de políticas públicas.

Ainda há a dificuldade em realizar os registros e cadastros quando trata-se da população em situação de rua, pois relatam que a “Falta de dados sobre a população de rua, muita dificuldade burocrática para fazer o cadastro” (Quadro 1), assim os cidadãos que se encontram em situação de rua, acabam passando e sendo atendidos nas unidades e nem sequer são realizados os registros de atendimentos e tão pouco em prontuários.

Desta forma, entende-se como necessário o planejamento anual voltado à educação permanente em que os trabalhadores façam parte do processo de construção, trazendo à tona suas demandas encontradas diante das vivências e dificuldades do cotidiano. Em trechos das respostas da pesquisa, aparecem sugestões que demonstram claramente a importância que os profissionais de saúde dão para processos formativos e que surgiu como demanda atual, tais como: “Cursos para profissionais da Atenção Básica, para aperfeiçoarmos o tema” e “Sugiro encontros e seminários sobre tema proposto para que possamos alinhar ações conjuntas, visto que é uma temática muito importante e pouco trabalhada com a população de rua” (Quadro 1).

Experiências muito ricas podem emergir a partir da troca de saberes entre os profissionais, com outros setores, favorecendo mais diálogo entre os serviços, para então potencializar o trabalho realizado e tecer a rede de atendimento e apoio à população. Capacitações por categoria profissional, ainda são válidas, mas para a complexidade dos atendimentos na APS, tornam-se insuficientes para conseguir dar conta das questões do território, que requer grande articulação da rede.

Ter como cenário principal, as situações vivenciadas na rotina de trabalho, aproveitar espaços já existentes como as reuniões semanais e matriciamentos como potência para trocas entre serviços e discussão de eixos temáticos para atualização. Torna-se preciso, “pensar coletivamente sobre os problemas identificados no cotidiano de trabalho, e pensar

alternativas, com trocas de saberes que colaborem para reorganização do processo de trabalho dentro dos serviços” (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2012).

Parceria com universidades também, mas com oferta que de devolutiva ao território e ao serviço, todos estes fatores vão contribuir, conseqüentemente, na transformação do processo de trabalho. Com projetos de extensão, pesquisa e ensino, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Através da Política de Educação Permanente em Saúde, disponibilizar aos profissionais, mais informações, principalmente no que tange às políticas de promoção à equidade e que abranja conteúdo de educação popular em saúde, Integrar saberes de pesquisas e debates realizados com os movimentos sociais, ampliando os horizontes do conhecimento acerca da prática intersetorial em articulação de rede.

Contribuir, por meio da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e o enfrentamento das desigualdades sociais. Contribuir, através dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a formação dos gestores, profissionais de saúde e instâncias de controle social.

Estimular as ações intersetoriais, buscar parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde. Favorecer e incentivar a área de educação em saúde, através de material educativo. Realizar planejamento participativo voltado às questões do território, a escuta como um elemento fundamental e deixar a “[...] caixa preta do jogo de necessidades que ocorre entre o produtor e o consumidor abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção dos distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos” (MERHY, 2004)

Tem-se como definição de tecnologia, a partir dos conceitos abordados por Merhy (2002), como classificada em: tecnologias duras, leve-duras e leves. Em que as tecnologias duras representam os instrumentos físicos e equipamentos utilizados nos serviços, que se fazem necessários para execução do trabalho; quanto às tecnologias leve-duras referem-se aos saberes que compõem, como por exemplo, os conhecimentos técnicos dos profissionais postos em ação-transformação, como também as leis, fluxos estabelecidos, entre outros; e por

fim, as tecnologias leves, que perpassa o campo das relações de interação entre seres que geram e recebem atendimento, com produção de afeto, vínculo, cuidado, acolhimento e encontra-se como cerne de toda Atenção Primária, a partir das relações humanas e processos produtivos.

O investimento em tecnologias leves se faz necessário, com vistas a produzir significativas transformações no processo de trabalho, em que haja articulação com as outras tecnologias, partindo do encontro que há entre trabalhadores, destes com a gestão, e esses com o público atendido, estabelecendo relações dialógicas, que a escuta seja um ponto de partida estratégico e basilar.

Com favorecimento das construções coletivas, respeito aos conhecimentos de cada um, viabilizando a troca e a aprendizagem dentro das relações de trabalho, a partir do entendimento que cada ser traz consigo suas histórias e subjetividades, que compõem um campo fecundo a partir da proposição de um trabalho coletivo, com vistas a um processo longitudinal, indo para além do imediatismo que o curto e médio prazo se apresenta.

XII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados coletados por esta pesquisa, apesar das dificuldades apontadas, considerou-se a necessidade de um investimento quanto à estrutura organizacional em processo de trabalho voltado à interação entre a Vigilância e Atenção Primária em Saúde; estrutura tecnológica no que se refere ao sistema de informação de dados do e SUS; e por fim, na estrutura de recursos humanos, quanto à educação permanente em saúde e educação popular com vistas ao trabalho voltado ao acolhimento das demandas da população em situação de rua.

Para conseguir colocar em prática e efetivar a integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, torna-se imprescindível que haja uma reorganização no processo de trabalho das equipes, principalmente em que se encontram com trabalho no território. Precisa-se colocar em pauta, as tecnologias utilizadas e os processos já realizados no cotidiano do trabalho, tais como: reuniões de planejamento e monitoramento semanais, ações, saber sobre as discussões que são realizadas dos casos da situação do território, assim, atuar com pessoas que constroem e executam as políticas públicas atuando diretamente com a população assistida.

Tendo em vista o contexto em que os indivíduos em situação de rua estão expostos, torna-se necessário entender melhor como ocorre a integração entre a vigilância e Atenção Primária em saúde desta população visando a minimização dos riscos de adoecimento e resolubilidade dos casos do território através da implementação de medidas estratégica de prevenção e promoção à saúde, além de viabilizar a garantia de acesso à saúde.

A pesquisa e discussão sobre população em situação de rua vem tomando cada vez mais destaque no Brasil, porém esse assunto ainda precisa ser melhor explorado em Pernambuco, necessitando de mais estudos que visem analisar os impactos que esta situação acarreta no processo de saúde-doença da população. Importante relacionar o ambiente e população em situação de rua, verificando indicadores sociais, ambientais e psicossociais,

através de uma visão integral da pessoa a partir do seu ambiente e local de referência no território.

Definir fluxos de atendimento que seja pactuado com a rede de atenção à saúde incluindo práticas de Vigilância em Saúde e que seja divulgado e compartilhado entre os serviços, sendo até construído com estes os referentes planos e ações estratégicas voltadas à integração e a melhoria dos indicadores de saúde da população que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade.

Estratégia a partir de uma abordagem intersetorial que reconheça a existência de múltiplos fatores, visando um trabalho não apenas pontual, mas sim a longo prazo, com construção de vínculo, trabalhar na perspectiva de um projeto terapêutico singular em que tenha como norte a autonomia do sujeito, apresentando outras possibilidades para sair da condição de risco e vulnerabilidade em que se encontra.

Porém, serão necessários esforços em nível macro, de pensar em projetos de cidade em que as pessoas em situação de rua sejam incluídas nos planos, a partir de uma perspectiva de equidade e acesso aos seus direitos, que já se encontram normatizados nas legislações, mas que ainda precisam ser efetivados.

E a questão do acesso aos serviços públicos, direito à moradia, alimentação e usufruto da cidade se fazem imprescindíveis neste contexto, buscar a interlocução com os demais atores envolvidos tais como, a própria população em situação de rua, o Movimento da PSR, sociedade civil, instituições que se encontram no circuito de apoio a estas pessoas, para então traçar os direcionamentos das políticas públicas propostas que de fato sejam acessíveis, viáveis e transformadoras para o contexto daqueles que se encontram em situação de rua.

O impacto social do referido estudo posto em ação, apresenta uma realidade que requer mudanças, pautadas na equidade e acesso aos direitos, num trabalho mais coletivo e com vistas à transformação social; no que tange à contribuição na questão científico-tecnológico, evidencia-se a partir das informações e dados levantados a partir dos resultados encontrados que servirão de base para futuras pesquisas, agregando elementos

novos para inserção nas elaborações de políticas públicas e aplicações na área de saúde para população em situação de rua.

Quanto ao aspecto econômico envolvido, apresenta-se um resultado interessante no campo do investimento a curto prazo, ocorrida mudança na equipe do Consultório na Rua, através da criação de um instrumental de mapeamento do território em que houve o acréscimo de elementos para levantamento de informações sobre o ambiente em torno de animais.

Nesta questão, a partir dos pontos georreferenciados em território, pode-se traçar estratégias de cuidado que envolvam ações integradas entre as equipes da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, no intuito de promover a vacinação antirrábica dos cães e gatos, além de outros cuidados. Com atenção voltada à relação entre esses com seus donos, e por sua vez, de ambos com o ambiente em que estão inseridos, assim, poderá atuar com a prevenção de doenças e promoção da saúde de forma mais eficaz nas áreas atendidas com base no conceito mais ampliado de saúde única..

A saúde única pode ser definida a partir de uma abordagem intersetorial, multiprofissional e que envolva as relações estabelecidas entre homens e animais inseridos em um dado território e que há uma interferência gerada pelos fatores correlacionados e o meio ambiente também interligado.

Uma repercussão proporcionada através das discussões levantadas, apresentações e utilização do “roteiro diagnóstico” aplicado nesta pesquisa para coleta dos dados no território, assim houve a inclusão de tais elementos de análise, repercutindo de forma significativa ficando como base para ser replicado em outras equipes do Consultório na Rua ou da Atenção Primária como um todo.

No tocante ao investimento a longo prazo, em saúde pública, caracteriza-se com a prevenção e promoção em saúde, a partir de um olhar ao território de intervenção sobre o prisma da saúde única, proporcionando o cuidado à população em situação de rua de uma forma integral. Que poderá repercutir positivamente no processo saúde doença das pessoas que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade social.

Os dados levantados, proposta de fluxograma e o material voltado à educação popular e educação permanente, têm aplicabilidade a partir da facilidade em conhecer os fluxos, encaminhar e articular a rede, o que contribui bastante para resolutividade das questões apresentadas no cotidiano das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Há um grande desafio pela frente quanto ao campo de prática da intersetorialidade aplicada entre os serviços, para uma maior interação entre si, visando potencializar o trabalho realizado no momento em que reúne diversos saberes em pró da resolução das problemáticas existentes. Porém, nas ações conjuntas realizadas durante este estudo, apesar de tantas adversidades, mostra que ações intersetoriais são possíveis e viáveis mesmo parecendo ser algo muito complexo no início, mas que proporciona resultados mais eficazes e facilita o processo de trabalho, tecendo a rede que dará sustentação às atuações em campo.

Que as ações realizadas no território, a partir de demanda da própria população em situação de rua, durante a realização deste trabalho, que a integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, seja para além de meras ações pontuais, a questão principal é que se estabeleça em fluxos e executada no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, imersa e diluída no planejamento e fazer profissional das unidades e serviços. Para além de saídas conjuntas, é importante se debruçar sobre as questões do território: pensar, discutir casos, problematizar diante da territorialização, organizar agendas sincronizadas e assim se construir um trabalho integrado concretamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. 2020. Disponível em: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>

ACURCIO, F.A., SANTOS, M.A, FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132.

ALMEIDA, Lorena Sampaio; COTA, Ana Lídia Soares; RODRIGUES, Diego Freitas. **Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 10, pp. 3857-3868. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018>>. Epub 28 Set 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018>.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 73-82, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso 8 out. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BODSTEIN, R. et al. (Coord.). **Produzindo saúde nas ruas: o trabalho das equipes de consultórios na rua**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017.

BUONFIGLIO, Leda Velloso. **HABITAÇÃO DE INTERESSE SOCIAL**. Mercator (Fortaleza) [online]. 2018, v. e1. Disponível em: <<https://doi.org/10.4215/rm2018.e17004>>. Epub 12 Mar 2018. ISSN 1984-2201. <https://doi.org/10.4215/rm2018.e17004>.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa Do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**.

BRASIL. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993, **Lei Orgânica Da Assistência**.

BRASIL Decreto N° 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Governo Federal. Sumário Executivo: **Pesquisa Nacional Sobre a População em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. 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, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em situação de Rua 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC - Versão 3.1**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Renda básica de cidadania**. 8 de janeiro de 2004; 183º da Independência e 116º da República. <https://legis.senado.leg.br/norma/552711/publicacao/1571662>

BUSS, Paulo Marchiori e PELLEGRINI Filho, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 17, n. 1. pp. 77-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Epub 21 Ago 2007. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

C231 SANTA CATARINA. **ABC Redução de Danos**. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. Florianópolis: SES, 2003. 56 p.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00101417. Ministério do Desenvolvimento Social. SGAN

914, Brasília, DF 70790-148, Brasil. michelly.carmo@fiocruz.br 1 Ministério do Desenvolvimento Social, Brasília, Brasil. 2 Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Brasil. ENSAIO ESSAY doi: 10.1590/0102-311X00101417.

CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>.

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.

CASTRO, Josué de. **As condições de vida da classe operária no Recife: estudo econômico de sua alimentação.** Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2015. 26p.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer.** 22ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT.** Revista Em Pauta. Rio de Janeiro, 2019, n. 43, v. 17, p. 60 - 73.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (Org.). **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica.** (Série – Formação para Atenção Básica). Florianópolis: UFSC, 2016.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos e contextos**, n. 4, p. 1-15, 2005.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php.

EBC, Agência Brasil. Publicado em 11/03/2020. Edição: Pedro Ivo de Oliveira. Brasília. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/organizacao-mundial-da-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. **Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética.** Artigos de Atualização. Rev. Bioét. 21 (2) • Ago 2013

FARIA, Lilian Saldanha e BERTOLOZZI, Maria Rita. **A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2010, v. 44, n. 3. pp. 789-795. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034>>. Epub 07 Out 2010. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034>.

FERREIRA, F. P. M. População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA DE MINAS GERAIS, 12, 2005, Belo Horizonte. **Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira.** Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, I. C. M.; MORAES, S. A. O efeito da vulnerabilidade social sobre indicadores antropométricos de obesidade: resultados de estudo epidemiológico de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 433-450, 2016. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200433&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2021.

FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

GARCIA, Rita de Cassia Maria; CALDERÓN, Néstor; BRANDESPIM, Daniel Friguglietti. **Medicina Veterinária do Coletivo: fundamentos e práticas.** Campo Limpo, Paulista; Integrativa Vet; 2019. 506 p. Ilus, tab.

GONDIM, R. Atenção Primária à Saúde e Populações Vulnerabilizadas: potencialidades e contradições da atenção à saúde de pessoas em situação de rua. In: MENDONÇA M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, pp. 197- 229.

GOUVEIA, N.; ALONZO, H. **Saúde e Ambiente. Saúde humana e processos de contaminação ambiental. 2017.** ** f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em

Vigilância em Saúde Ambiental, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade do Brasil. 2017.

GOVERNO ESTADUAL DE PERNAMBUCO lança **Comitê de Igualdade e Educação Popular**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/governo-lanca-comite-de-equidade-e-educacao-popular>. 2017.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, pp. 1497-1504, 2015.

LAVOR, A. D. **População em Situação de Rua: à margem de direitos efetivos**. RADIS , Rio de Janeiro, n. 165, p. 17-27, jun 2016

LERNER, Henrik & BERG, Charlotte. 2015. **The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health?**, Infection Ecology & Epidemiology. 5:1, 25300, DOI: 10.3402/iee.v5.25300

MARX, K. **A origem do capital: a acumulação primitiva**. 1818-1883. São Paulo: Centauro, 2004.

MACEDO, Couto R; BRANDESPIM, D.F (2020) **A review of the One Health concept and its application as a tool for policy-makers**, Int. J. One Health, 6(1): 83-89.

MEDEIROS, Pollyanna Fausta Pimentel de et al. **Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2010, v. 10, suppl 1 [Acessado 15 Setembro 2021] , pp. s209-s217. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500018>>. Epub 31 Jan 2011. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500018>.

MERHY, Emerson Elias . **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. et al (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis,

RJ. Editora Vozes, 2010.

MONDAINI, M. **Direitos humanos**. São Paulo: Contexto, 2006.

Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 5: pesquisa epidemiológica de campo – aplicação ao estudo de surtos / Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 98 p.: il. 7 volumes. ISBN 978-85-7967-023-7

MONTEIRO, M. M. F. C. **A dimensão da intersectorialidade nas práticas do consultório na rua: a experiência do Rio de Janeiro**. 2019. 107 f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

MORETTI, R. S. Garantir água e saneamento para a população em situação de rua. **Ondas Brasil** [Online], publicado em 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://ondasbrasil.org/garantir-agua-e-saneamento-para-a-populacao-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MOTA, A. A história do Brasil pelas lentes da saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, online, v. 26, suplemento 1, pp. 264-266, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000500016>>. Acesso: 29 jun. 2021

NATALINO, Marco. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil, N° 73**. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. IPEA. Junho de 2020. Acessado em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO). **SOFI: o estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil 2015**. FAO Brasil, out 2015. Disponível em: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/FAO-countries/Brasil/docs/SOFI_Brasil_2015_final.pdf. Acesso em: 08 maio 2020.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

- PERRUSO, M. A. **A temática dos movimentos sociais urbanos no Brasil dos anos 1970/80**. Revista Mundos do Trabalho, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 32-56, 2012. DOI: 10.5007/1984-9222.2012v4n7p32.
- POMPEO, Carolina (18 de agosto de 2015). A Chacina da Sé é lembrada pelo Movimento de População de Rua. Gazeta do Povo.
- RABINOWITZ, P. M.; NATTERSON-HOROWITZ, B. J.; KAHN, L. H. *et al.* Incorporating one's health into medical education. **BMC Med. Educ.**, v. 17, n. 45, online, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0883-6>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- RAZZOLINI, M. T. P.; GUNTHER, W. M. R. Impactos na Saúde das Deficiências de Acesso a Água. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, pp. 21-32, 2008
- ROSA, Tatiana. **Os efeitos do ajuste fiscal na saúde** Em: Edição 28 | JULHO, AGOSTO E SETEMBRO DE 2018, Saúde em Foco.
- ROSSA, K. A.; RIGON, S. A.; GARCIA, R. C. M. Promoção da saúde: um dos pilares da Medicina Veterinária do Coletivo. In: GARCIA, R. C.M.; CALDERÓN, N.; BRANDESPIM, D. F. **Medicina Veterinária do Coletivo: fundamentos e práticas**. São Paulo: Integrativa Vet., 2019. p. 39- 46.
- ROSSI, Daiane Silveira. **Um olhar sobre a Espanhola: possibilidades de pesquisa no Hospital de Caridade de Santa Maria/RS**. Anais eletrônicos da 3ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2015. Disponível em: <http://jornadappghcs.coc.fiocruz.br/index.php/anais-eletronicos>
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde**. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 31, n. 3, pp. 260–268, 2012.
- SANTOS, Claudia Menezes; TENÓRIO, Flávia Priscila Souza; KICH, Francis Deon. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe -Saberes e tecnologias para implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 2 /Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe - Aracaju. Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente: FUNESA, 2012. 112p.

SANTOS, V. S. Doenças relacionadas com a água. **Mundo Educação** [online], s.d. Disponível <https://mundoeducacao.uol.com.br/doencas/doencas-relacionadas-com-agua.htm>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SANTANA, Carmen. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. 8 pp. 1798-1799. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>.

SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S.; ARAÚJO, A. B. V. L. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 3, pp. 285-291, 2018.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo, Cortez, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. O caminho do reconhecimento dos direitos da população em situação de rua: de indivíduo a população. In: CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Monica (Orgs.). **Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. ISBN: 978-85-60700-34-9.

SOUZA, M. F. A.(2011). **Controle de populações caninas: considerações técnicas e éticas**. Revista Brasileira de Direito Animal, (8), 115-130.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Políticas Sociais no Brasil: A histórica (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social**. Revista Sociedade em Debate, Pelotas, 13(2): 45-64, jul.-dez./2007.

TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.). **História da Saúde no Brasil: uma breve história**. São Paulo: Hucitec, 2018.

TEIXEIRA, R. R.. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141381232005000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2020.

UJVARI, Stefan Cunha. **História das Epidemias**. São Paulo: Contexto, 2 ed. 2020.

VASCONCELOS, F. A. G. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 24, n. 11, pp. 2710-2717, 2008. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100027>. Acesso em: 9 jul. 2021.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Hucitec, 1994.

WRI BRASIL. **ONU declara sobre restauração de ecossistemas**. 03/2019. https://wribrasil.org.br/pt/blog/2019/03/onu-declara-dacada-sobre-restauracao-de-ecossistemas?gclid=CjwKCAjw3MSHBhB3EiwAxcaEu2u91F2AWnMDhSdyn_XxUSwlUv1Uj5lPSYFwhpNrcW6Bi1POw3QMgRoCVN0QAvD_BwE

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para profissionais de saúde da eCR e Esf.

Local de trabalho: _____

Distrito sanitário: _____

Nº de microárea: _____

Profissão: _____

1. Quantas pessoas em situação de rua estão cadastradas em sua equipe de saúde? ____

2. Quantos profissionais de saúde integram sua equipe? _____

3. Quantos acolhimentos semanais são realizados para população em situação de rua? _____

4. Como ocorre o acesso da população em situação de rua nas eSF?

Pela eCR Indicação CAPS/CRAS Procura espontânea Outro usuário Outros, quais? ____

5. Faixa etária predominante dos usuários atendidos

Crianças Adolescentes Adultos Idosos Indiferente

6. Sexo predominante dos usuários atendidos Homens Mulheres Indiferente

7. Qual(s) a(s) demanda(s) de atendimento(s) da população em situação de rua?

Álcool Outras drogas Álcool/outras drogas Hipertensão Diabetes

Hipertensão/diabetes HIV/AIDS Outras ISTs HIV/AIDS e outras ISTs Gravidez

Desnutrição Verminose Transtorno mental Violência

Doenças infecciosas, quais? _____

Outros, quais? _____

8. Referências mais utilizadas na RAS

Nasf-AB CAPS UBS Hospitais humanos SAMU CRAS UPA

CVA Hospital veterinário do Recife Hospital veterinário UFRPE

Outros, quais? _____

Observações:

APÊNDICE B – Roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente na população em situação de rua (Adaptado de ROSSA, RIGON e GARCIA, 2019).

Área: _____ Micro área: _____ Distrito sanitário: _____ Ficha: _____
Data: _____ Local de referência: _____
Unidade de saúde de referência: _____
ACS: _____
Número de pessoas/grupo: _____ Grau de parentesco (?): _____
Cartão SUS: _____

TERRITÓRIO ADJACENTE A POPULAÇÃO: 1. Características do local

Canal Viadutos/Passarelas Praças/Parques Avenida Mercado público
Marquise/Pontos comerciais outros _____

2. Características ambientais

Lixo Entulho Água acumulada (exceto recipiente fechado) Abrigo descoberto
Esgoto a céu aberto Outros _____

PRESENÇA DE ANIMAIS NO TERRITÓRIO:

3. Presença de Animais: nº estimado: _____

Comportamento (ADT): _____

Tipo: cães gatos aves equinos outros _____

Situação da Vacinação: Antirrábica Espécie-específica Desverminação

Situação do Animal: Sadios Doentes Possível patologia: _____

4. Tipo de socorro aos animais doentes: Nunca foi socorrido CVA Hospitais veterinários público ONG População em geral

5. Vetores, animais sinantrópicos e ectoparasitos

Pulga Carrapato Rato (tocas e outros sinais) Animais peçonhentos Morcego
Insetos vetores Pombo

Já foi realizado algum tipo de controle? Sim Não

Se sim, foi realizado por qual órgão? _____

VULNERABILIDADE

6. Desemprego Criança fora da escola Necessidades Especiais Vivenciada situação de violência entre pessoas e/ou animais

7. Quantidade e origem de refeições diárias e água

1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes Origem da alimentação

Restaurantes/Lanchonetes Doações Lixo outros _____

Acesso a água

Água mineral Água com tratamento (torneira) Água sem tratamento

ACESSO A BENS E SERVIÇOS

8. Acesso a algum benefício social

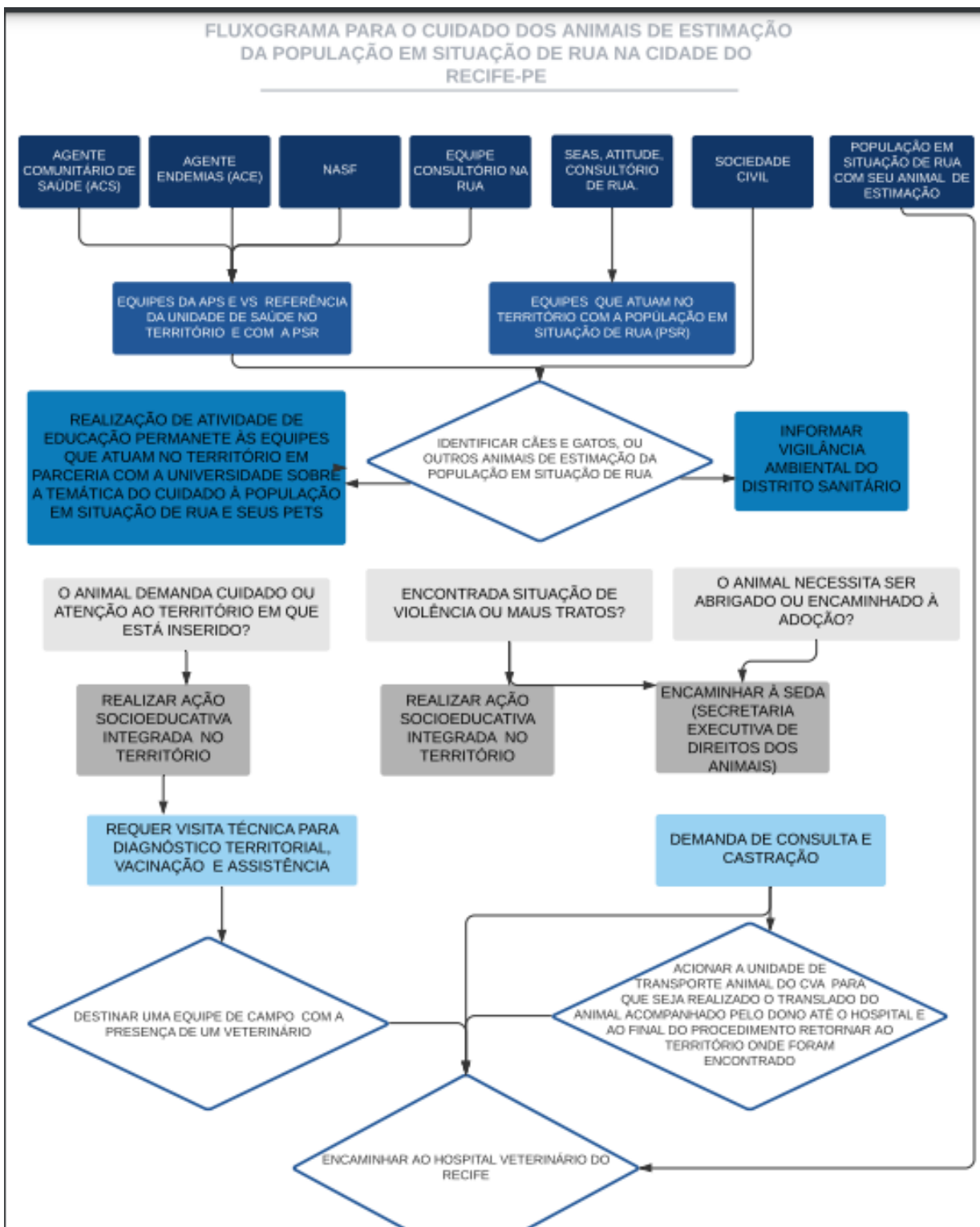
9. Acesso a serviços de saúde, qual (is)? _____

TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

10. objeto animais outros _____

DESCRIÇÃO DAS SITUAÇÕES: Problemas e desafios encontrados nos locais visitados

APÊNDICE C – Fluxograma para o cuidado dos animais de estimação da população em situação de rua na cidade do Recife-PE



APÊNDICE D – Registro Fotográfico no Território



Fonte: Acervo da autora, 2020



Fonte: Acervo da autora, 2020



Fonte: Acervo da autora, 2020



Fonte: Acervo da autora, 2020



Fonte: Acervo da autora, 2020

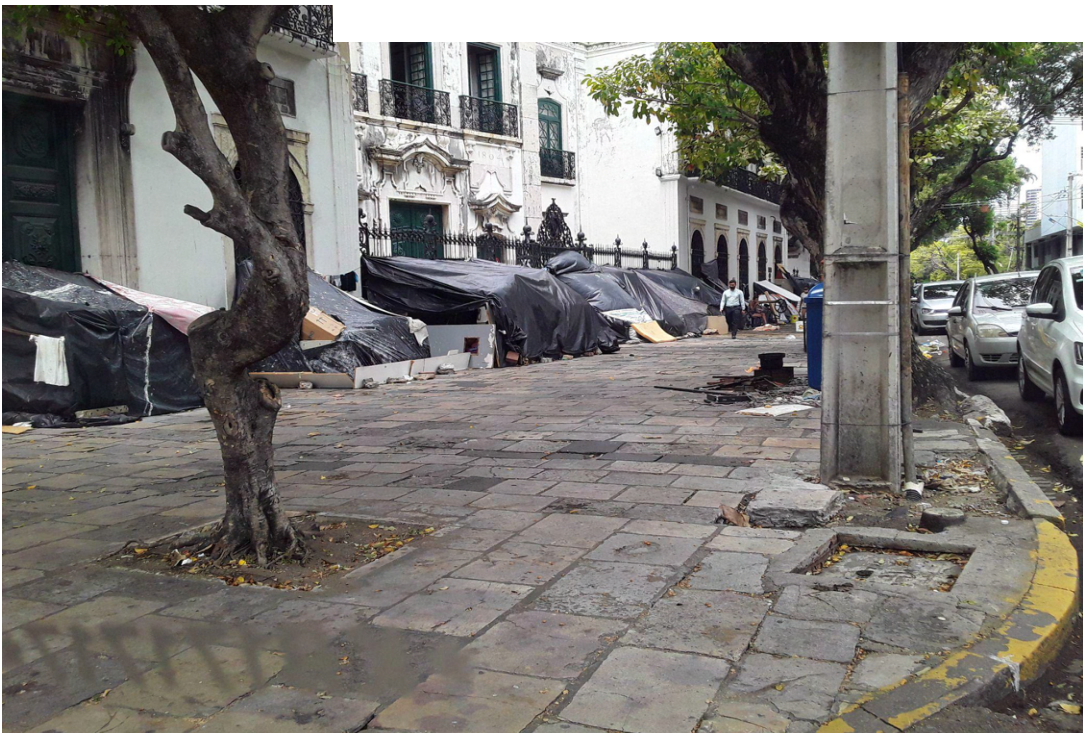


Fonte: Acervo da autora, 2020



Fonte: Acervo da autora, 2020.

Rua do Imperador Dom Pedro II, Santo Antônio, Recife-PE



Fonte: Acervo da autora, 2020

**Ação Integrada entre Atenção Primária (Consultório na Rua) e
Vigilância Sanitária (CVA) sobre vacinação antirrábica com os
cães da população em situação de rua no território do Edf.
Holiday em Boa Viagem - no DS VI**

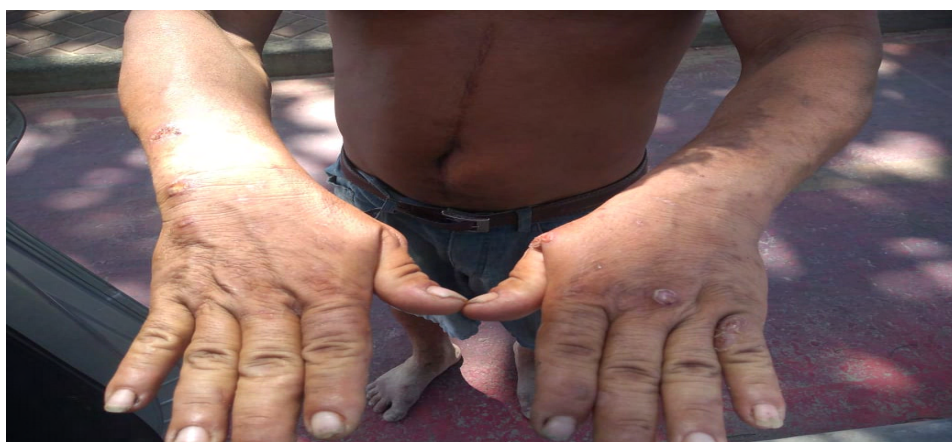


Fonte: Acervo da autora, 2020

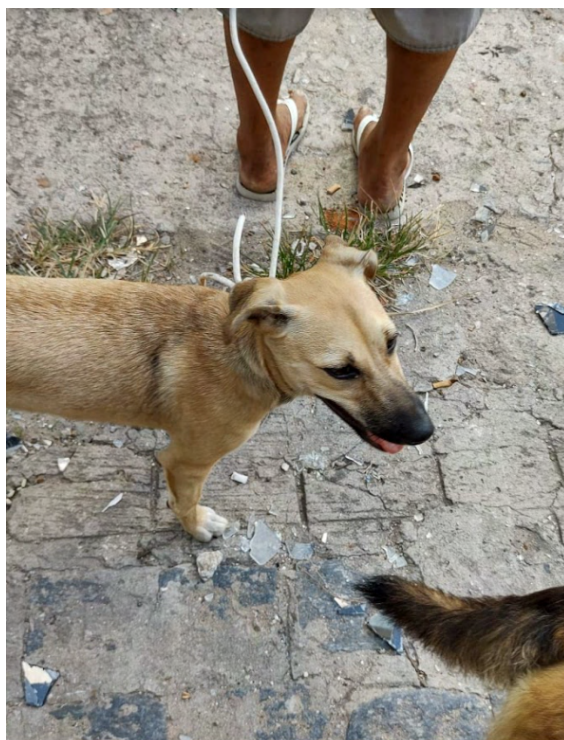


Fonte: Acervo da autora, 2020.

Homem em situação de rua apresentando mãos com mordidas realizadas pelo seu cachorro de estimação, solicitou da equipe Consultório na Rua cuidados para si e para seu animal. Quando surgiu a importância de realização urgente da ação realizada no território



Fonte: Acervo da autora, 2020.



Fonte: Acervo da autora, 2020

Ação integrada entre Atenção Primária (Consultório na Rua) e Vigilância (CVA), no território do Aeroporto em 05/06/2020



Fonte: Acervo da autora, 2020

Praça Maciel Pinheiro. Boa Vista, Recife - PE



Fonte: Acervo da autora, 2020



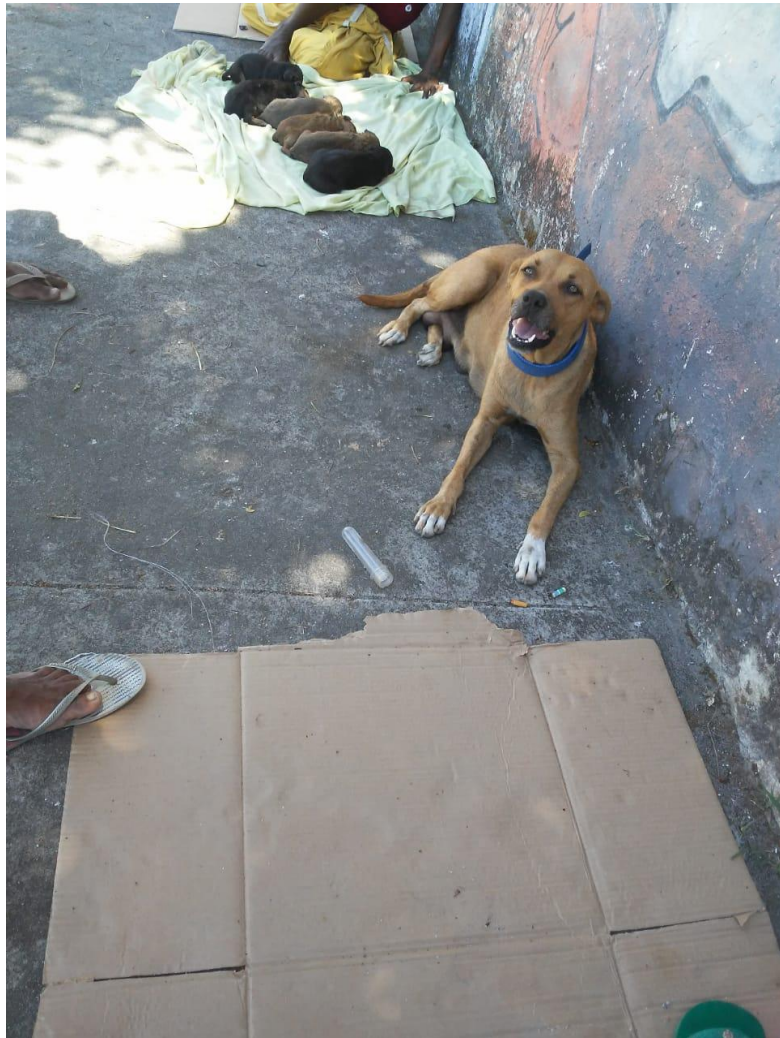
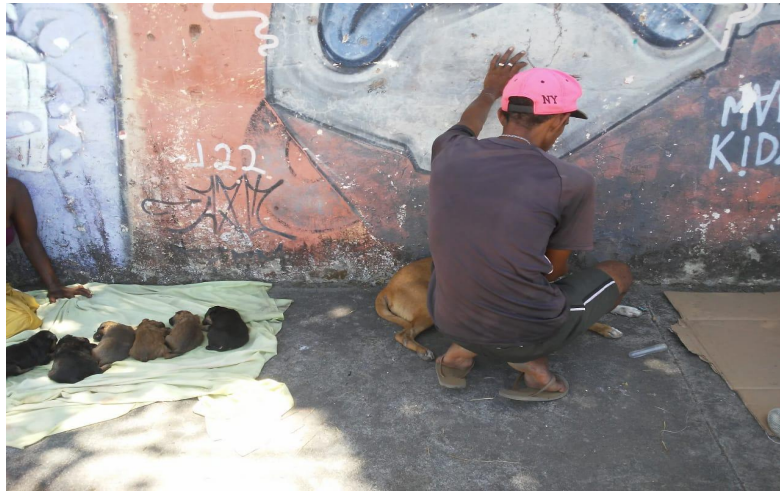
Fonte: Acervo da autora, 2020

Ponte do Limoeiro, Recife - PE



Fonte: Acervo da autora, 2020

Pina, Recife - PE



Fonte: Acervo da autora, 2021

APÊNDICE E – Quadro 1 – Observações, sugestões e colocações contidas no questionário destinados aos profissionais de saúde da Atenção Primária

Observações		Sugestões		Colocações	
Sobre a política para PSR e o território	Sobre esta pesquisa executada	Estrutura	Educação Permanente	Acessibilidade e Inserção da PSR nas Unidades	
				Quando Ocorre	Quando não Ocorre
<p>Apostando no cuidado integrado a população em situação de rua, acho de suma importância que a vigilância sanitária e ambiental se torne parceiro no território em prol da saúde de todos que se encontram no contexto da rua incluindo os animais que são companheiros dessa população e desta maneira também necessitam de cuidados tanto quanto o seu dono.</p> <p>Territorialização atrapalha bastante o trabalho dos agentes de saúde com a população de rua</p>	<p>Gostaria que os agentes de saúde fossem incluídos nessas pesquisas, pois eles são detentores dos conhecimentos em relação a números, visitas, acolhimento etc.</p> <p>Poderia contemplar mais indicadores</p>	<p>A população em situação de rua em um território de USF, deveria oficialmente fazer parte dos cuidados da ESF, tendo protocolos de atendimento, de cuidado e acompanhamento</p> <p>Inserir centro pop</p>	<p>Sugiro encontros e seminários sobre tema proposto para que possamos alinhar ações conjuntas, visto que é uma temática muito importante e pouco trabalhada com a população de rua.</p> <p>Falta de dados sobre a população de rua, muito dificuldade burocrática para fazer o cadastro</p>	<p>Até o momento nossa equipe só teve a experiência com apenas uma pessoa em situação de rua, quando estava na área o encontrei, foi realizado o acolhimento, realizado encaminhamentos, fazia pouco tempo que estava na área, dormia em um carro abandonado, veio de outro bairro, usava álcool, porque as pessoas das barracas forneciam e uma senhora dava o almoço, mas não resistiu a tuberculose e câncer de faringe.</p> <p>São poucos os casos que chegam. Geralmente vem do caps.</p>	<p>Não temos pessoas em situação de rua cadastradas</p> <p>A USF não tem o quantitativo desses pacientes</p>

Quadro 1 – Observações, sugestões e colocações contidas no questionário destinados aos profissionais de saúde da Atenção Primária
(continuação)

Observações		Sugestões		Colocações	
Sobre a política para PSR e o território	Sobre esta pesquisa executada	Estrutura	Educação Permanente	Acessibilidade e Inserção da PSR nas Unidades	
				Quando Ocorre	Quando não Ocorre
Gostaria de ressaltar o excelente trabalho que a equipe do Consultório na Rua desempenha com o pouco recurso que possui. É um trabalho árduo, arriscado, relevante e necessário. Pois a luta é diretamente na condição humana e social mais fragilizada e resistente. É preciso mais investimento, maior remuneração, mais capacitações e principalmente suporte para esses profissionais	Algumas perguntas não pude responder, por trabalhar em unidade básica e não Psf	Planejamento e implementação da rede para atender este grupo	Discutir acolhimento às pessoas que vivem em situação de rua nas usfs	Não é comum receber demanda desta população na USF. A sala de curativos tende a receber mais esta demanda. Quando temos, realizamos o acolhimento e encaminhamos para os serviços de acordo com a demanda.	No momento, sem nenhum
Gostaria de saber onde se localiza o consultório de rua do nosso DS	Pesquisa de suma importância para um levantamento sobre população em situação de rua	Maior comunicação com albergue e centro de apoio à população de rua. E atenção com a população	Cursos para atualização para profissionais da atenção básica no tema em pesquisa.	Teve uma pessoa com suspeita de Tb mas não voltou. Recebeu as orientações para o exame mas não fez	Falta de procura da população de rua

<p>Gostaria de saber onde estão localizadas a equipe de Consultoria na rua do distrito, pois desconheço</p>		<p>Melhorar a gestão da atenção básica e as questões de infraestrutura e marcações de consultas</p>	<p>Cursos para profissionais da Atenção Básica, para aperfeiçoarmos o tema</p>	<p>Nossa equipe realiza poucos acolhimentos à população em situação de rua, é uma demanda bastante reprimida</p>	<p>Ir à procura dessa população pois não é normal procurarem os serviços de saúde</p>
---	--	---	--	--	---

APÊNDICE F – Cartilha Saúde Única, Território e a População em Situação de Rua.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
ANA ALICE DE QUEIROZ RIBEIRO BARBOSA

SAÚDE ÚNICA, TERRITÓRIO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

**Planejamento e fluxo das ações
intersectoriais no território a partir do
conceito de saúde única e voltado à
população em situação de rua**

Recife-PE
2021

BARBOSA, Ana Alice de Queiroz Ribeiro.

Cartilha Saúde Única, Território e a População em Situação de Rua.

Planejamento e fluxo das ações intersectoriais no território a partir do conceito de saúde única e voltado à população em situação de rua. Recife-PE, 2021. 8 f.

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Única, Universidade Federal Rural de Pernambuco- Centro de Artes e Letras, curso Superior Tecnólogo em Gestão Pública, Recife-PE.

1.Saúde única. 2.Território. 3.População em situação de rua

Conclusão do módulo

Referências

Proposta dos assuntos abordados nos módulos

Unidade 1 – O Território e a População em Situação de Rua

1.1 Conceito de Território e da População em Situação de Rua

1.2 Território e Determinantes Socioambientais de Saúde

1.3 Acesso da População em Situação de Rua na Atenção Primária em Saúde (APS)

Unidade 2 – Saúde Única e a Integração da Vigilância e Atenção Primária em Saúde

2.1 Saúde Única: Conceito

2.2 Integração da Vigilância e a APS

2.3 A Importância de uma Visão Ampliada em Saúde no Território

2.4 Uso de ferramentas para viabilizar o trabalho com sistemas de informação e georreferenciamento no território

Unidade 3 - Ações Intersetoriais no Território

3.1 Mapeamento das Informações no Território

3.2 Planejando as Ações em saúde

3.3 Fluxos e Ações Intersetoriais

Objetivo do módulo de atualização

Construir informações com os profissionais de saúde e a população em situação de rua, com intuito de atualização quanto às temáticas de saúde reorganização de trabalho na Atenção Primária, a partir da saúde única e o território para contribuir no processo de integração com a Vigilância em Saúde com foco na população em situação de rua, utilizando a intersetorialidade como instrumento para criação de Planejamento e fluxo das ações no território, com carga horária recomendada 120 horas, com atividades práticas no território em ações intersetoriais e com construção conjunta de territorialização, em que haja uma relação de troca de saberes e experiências entre os serviços e diferentes setores, com vistas a uma construção coletiva, trazendo mais potência ao território.

Apresentação

Um módulo dividido em três unidades, uma base para as discussões entre as equipes de saúde, sobre os aspectos conceituais sobre saúde única, território e a população em situação de rua, assim como a utilização prática dessas informações para o ordenamento do processo de trabalho e planejamento das ações intersetoriais a partir do contexto da Atenção Primária em Saúde.

A expectativa é que esta cartilha seja finalizada por muitas mãos, proporcione a oportunidade de ter momentos de reflexão e construção do aprendizado e sirva de auxílio na desafiadora tarefa de transformar o processo de trabalho a partir de um produto realizado no coletivo, gerado entre encontro dos profissionais e da população em situação de rua. Porque política pública efetiva e educação popular e em saúde se faz a partir do conhecimento da realidade vivenciada pelos próprios trabalhadores e usuários do serviço, por quem vivencia as dificuldades reais na parte de execução das políticas no território.

Apenas tem-se o norte para discussão e elementos importantes para reflexão, pois cada um dos profissionais da Atenção Básica que está contribuindo para o produto final desse material, além de terem uma percepção diversa sobre essa realidade. Desta forma, fica o convite para uma reflexão para a construção de práticas pautadas com os princípios que regem a Atenção Primária em Saúde.

Objetivo de desenvolvimento sustentável em 2015 a ONU propôs nos seus países membros uma nova agenda para os próximos 15 anos agenda 2030, que colocou em pauta alguns objetivos apostando no desenvolvimento sustentável, erradicação da pobreza e Fome Zero; que é a agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia limpa e acessível; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades nas cidades e as unidades básicas de saúde desempenham um papel fundamental com a garantia de acesso da população à saúde de qualidade por estar inserida no território, onde a população desenvolve suas afetividades, vivências e relações sociais.



As condições ambientais dos locais em que vivem (presença, ausência e condições de saúde de animais domésticos, silvestres, vetores de enfermidades zoonóticas e arboviroses, presença de animais peçonhentos, sinantrópicos, entulho e lixo), por meio de um roteiro para diagnóstico de situação ambiental e da interação humano-animal-ambiente na população em situação de rua (ROSSA, RIGON e GARCIA, 2019)

‘A rua se apresenta como o “chão possível” frente a situações de vulnerabilidade que se dão em outros espaços, como junto à família, na comunidade, na relação com trabalho, escola etc.’ (C 231, SANTA CATARINA, 2003)

8. Considerações Finais

Considerou-se que a partir de um investimento quanto à estrutura organizacional em processo de trabalho voltado à interação entre a Vigilância e Atenção Primária em Saúde; tecnológica no que se refere ao sistema de informação de dados do e SUS; e de recursos humanos, quanto à educação permanente em saúde e educação popular com vistas ao trabalho voltado ao acolhimento das demandas da população em situação de rua. E que para tanto, precisam ser ouvidos, pois segundo o lema “Nada Sobre Nós, Sem Nós”, incorporado e usado no movimento da população em situação de rua, deve ser levado em consideração suprema e que juntos com as instituições e sociedade civil, haja uma construção coletiva dos conhecimentos necessários para a transformação do processo de trabalho para a efetiva interação entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde voltada ao território.

Referências

ROSSA, K. A.; RIGON, S. A.; GARCIA, R. C. M. Promoção da saúde: um dos pilares da Medicina Veterinária do Coletivo. In: GARCIA, R. C..M.; CALDERÓN, N.; BRANDESPIM, D. F. **Medicina Veterinária do Coletivo: fundamentos e práticas**. São Paulo: Integrativa Vet., 2019. p. 39- 46.

C231 SANTA CATARINA. **ABC Redução de Danos**. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. Florianópolis: SES, 2003. 56 p.

ANEXOS

Anexo I - CÔDIGO I



ATENDIMENTOS CIDADÃO AGENDA CDS RELATÓRIOS

REGISTRO
TARDIO

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO

PEC > CDS > Cadastros individuais > Adicionar

Compatível com a FCI / e-SUS AB v.2.1.0

CNS do profissional *	CBO *	CNES *	INE *	Data *
980016287149952	251605	0001392	0001558382	

Identificação do usuário / cidadão

CNS do cidadão Cidadão é o responsável familiar? Sim Não

CNS do responsável familiar

Nome completo * Microárea * Fora da área

Nome social Data de nascimento * Sexo * Feminino Masculino

Raça / Cor * Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia N° NIS (PIS / PASEP)

Nome completo da mãe * Desconhecido

Nome completo do pai * Desconhecido

Nacionalidade * Brasileira Naturalizado Estrangeiro País de nascimento Data de naturalização Portaria de naturalização

Município e UF de nascimento Data de entrada no Brasil Telefone celular E-mail

Informações sociodemográficas

Relação de parentesco com o responsável familiar

Cônjuge / Companheiro(a) Filho(a) Enteado(a) Neto(a) / Bisneto(a) Pai / Mãe Sogro(a) Irmão / Irmã Genro / Nora Outro parente Não parente

Ocupação

Frequenta escola ou creche? * Sim Não

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

Creche Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)

Pré-escola (exceto CA) Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)

Classe de alfabetização - CA Ensino médio especial

Ensino fundamental 1ª a 4ª séries Ensino médio EJA (supletivo)

Ensino fundamental 5ª a 8ª séries Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado

Ensino fundamental completo Alfabetização para adultos (Mobral, etc)

Ensino fundamental especial Nenhum

Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)

Situação no mercado de trabalho

Empregador Assalariado com carteira de trabalho

Assalariado sem carteira de trabalho Autônomo com previdência social

Autônomo sem previdência social Aposentado / Pensionista

Desempregado Não trabalha

Servidor público / Militar Outro

Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica?

Adulto responsável Outra(s) criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

Frequenta cuidador tradicional? Sim Não

Participa de algum grupo comunitário? Sim Não

Possui plano de saúde privado? Sim Não

É membro de povo ou comunidade tradicional? Sim Não

Se sim, qual?

Deseja informar orientação sexual? Sim Não

Se sim, qual?

Heterossexual Homossexual (gay / lésbica) Bissexual Outro

Deseja informar identidade de gênero? Sim Não

Se sim, qual?

Homem transsexual Mulher transsexual Travesti Outro

Tem alguma deficiência? * Sim Não

Se sim, qual(is)?

Auditiva Intelectual / Cognitiva Outra

Visual Física

Saída do cidadão do cadastro

Se óbito, indique:

Mudança de território Óbito

Data do óbito Número da D.O.

Saída do cidadão do cadastro

Mudança de território
 Óbito
 Se óbito, indique:
 Data do óbito
 Número da D.O.

Questionário autorreferido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais

Está gestante? Sim Não

Sobre seu peso, você se considera?
 Abaixo do peso
 Peso adequado
 Acima do peso

Está fumante? Sim Não

Faz uso de álcool? Sim Não

Faz uso de outras drogas? Sim Não

Tem hipertensão arterial? Sim Não

Tem diabetes? Sim Não

Teve AVC / derrame? Sim Não

Teve infarto? Sim Não

Tem doença cardíaca / do coração? Sim Não

Se sim, indique qual(is):
 Insuficiência cardíaca
 Outro
 Não sabe

Tem ou teve problemas nos rins? Sim Não

Se sim, indique qual(is):
 Insuficiência renal
 Outro
 Não sabe

Outras condições de saúde

1 - Qual?
 2 - Qual?
 3 - Qual?

Se sim, qual é a maternidade de referência?

Tem doença respiratória / no pulmão? Sim Não

Se sim, indique qual(is):
 Asma
 DPOC / Enfisema
 Outro
 Não sabe

Está com hanseníase? Sim Não

Está com tuberculose? Sim Não

Tem ou teve câncer? Sim Não

Teve alguma internação nos últimos 12 meses? Sim Não

Se sim, por qual causa?

Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? Sim Não

Está acamado? Sim Não

Está domiciliado? Sim Não

Usa plantas medicinais? Sim Não

Se sim, indique qual(is):

Usa outras práticas integrativas e complementares? Sim Não

Cidadão em situação de rua

Está em situação de rua? * Sim Não

Tempo em situação de rua?
 < 6 meses
 6 a 12 meses
 1 a 5 anos
 > 5 anos

Recebe algum benefício? Sim Não

Possui referência familiar? Sim Não

Quantas vezes se alimenta ao dia?
 1 vez
 2 ou 3 vezes
 mais de 3 vezes

Qual a origem da alimentação?
 Restaurante popular
 Doação restaurante
 Outros
 Doação grupo religioso
 Doação de popular

É acompanhado por outra instituição? Sim Não

Se sim, indique qual(is)?

Visita algum familiar com frequência? Sim Não

Se sim, qual é o grau de parentesco?

Tem acesso a higiene pessoal? Sim Não

Se sim, indique qual(is):
 Banho
 Acesso ao sanitário
 Higiene bucal
 Outros

Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

Usuário recusou o cadastro por meio do Termo de Recusa do Cadastro

Anexo II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

(PARA ADULTOS IMPOSSIBILITADOS DE ASSINAR O TCLE - Resolução CNS nº. 466/12)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa “**Vigilância, Atenção Primária e Determinantes Socioambientais de saúde da população em situação de rua na Cidade do Recife-PE**”, que está sob a responsabilidade dos pesquisadores Ana Alice de Queiroz Ribeiro Barbosa, Ivyson da Silva Epifânio e Daniel Friguglietti Brandespim, telefone: 081 3320-6419, Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, Rua Dom Manoel de Medeiros, s/n, Dois Irmãos - CEP: 52171-900 - Recife/PE, e-mails: anaalicedequeroz@gmail.com; ivyson_7@hotmail.com e daniel.brandespim@ufrpe.br. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que possa guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável. O(a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e nem receberá qualquer pagamento para participar como voluntário (a). O (a) Sr.(a) será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, a pessoa autorizada por você deverá assinar pelo (a) Sr. (a) este Termo de Consentimento, podendo, também, retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: Esta pesquisa objetiva descrever as ações de vigilância e atenção primária em saúde e caracterizar os determinantes socioambientais da população em situação de rua na cidade do Recife-PE. A participação do (a) sr.(a) na pesquisa se iniciará a partir do mês de maio de 2020 e consistirá em responder a perguntas. Para as equipes de consultório na rua (eCR) e os profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), será utilizado um questionário semiestruturado, contendo variáveis sobre o acolhimento, perfil de atendimentos (demandas), encaminhamentos (referência) da população em situação de rua. Para os usuários e participantes do movimento da população em situação de rua, haverá questões relacionadas à presença, ausência e condições de saúde de animais domésticos, silvestres, vetores de enfermidades zoonóticas e arboviroses, presença de animais peçonhentos, sinantrópicos, entulho e lixo) por meio de um roteiro para diagnóstico de situação ambiental.

RISCOS: Este projeto oferecerá riscos mínimos aos voluntários, principalmente relacionados ao desconforto que poderão sentir ao responder às perguntas. Caso se sintam constrangidos ou não queiram responder a qualquer questionamento, poderão interromper sua participação em qualquer momento e caso necessite de apoio psicológico e/ou emocional após ou durante sua participação, como medida protetiva, os voluntários serão orientados para a procura de profissionais habilitados (psicólogos do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS) na própria Secretaria Municipal de Saúde onde a pesquisa está sendo realizada. Será oferecido toda a segurança, respeito e privacidade possíveis.

BENEFÍCIOS: Em relação aos benefícios, este estudo oferecerá benefícios diretos e indiretos aos participantes voluntários. Os benefícios diretos estão relacionados à contribuição para entendimento da temática abordada na cidade do Recife e encaminhamento para elaboração de políticas públicas efetivas. Indiretamente, esta pesquisa beneficiará a população em situação de rua em relação ao atendimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade e equidade, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários. Esta pesquisa poderá subsidiar o fortalecimento e implantação de ações semelhantes nos outros distritos sanitários da cidade do Recife, que ainda não possuem eCR. Os dados dos questionários coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas confidenciais, em computador pessoal e em armário pessoal fechado, na sala do pesquisador principal, no departamento de Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco, pelo período mínimo de 5 anos, no endereço descrito no início deste termo. Garantimos que, se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas ou ressarcidas (deslocamento e alimentação) pelos pesquisadores. Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar os pesquisadores pelos telefones e contatos citados no início deste documento.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado pelo meu representante legal, após a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Vigilância, Atenção Primária e Determinantes Socioambientais de saúde da população em situação de rua na Cidade do Recife-PE”** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

A rogo de _____, que não é alfabetizado e/ou é juridicamente incapaz e/ou é deficiente visual, eu _____ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.

Assinatura: _____ Recife, ____ de _____ de 2020.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: Nome:

Assinatura: Assinatura:

Anexo III – Anuência da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR)



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Ana Alice de Queiroz Ribeiro Barbosa, Ivyson da Silva Epifânio e Daniel Friguglietti Brandespim, pesquisadores da Universidade Federal Rural de Pernambuco, a desenvolverem pesquisa no Consultório na Rua (CNR), da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Vigilância, Atenção Primária e Determinantes Socioambientais de saúde da população em situação de rua na Cidade do Recife-PE", sob orientação de Daniel Friguglietti Brandespim.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 16 de dezembro de 2019.

Atenciosamente,

Tullio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Tullio Romério Lopes Quirino
Chefe de Div. de Educação na Saúde
UFES / DEOTES / SESA
Mat 100.473-5

Anexo IV: Documento de declaração da população em situação de rua, como estratégia durante a pandemia para vacinação do COVID-19 realizada através da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua do Recife-PE..

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
Secretaria de Saúde



DECLARAÇÃO

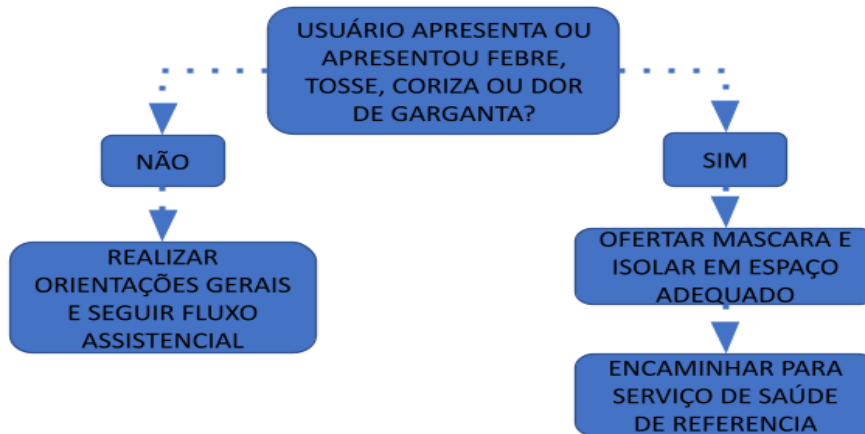
Declaramos para fins de cadastro no Conecta Recife, que _____,
data de nascimento ___/___/____, CNS/CPF _____, ESTÁ EM
SITUAÇÃO DE RUA, acompanhado pelo serviço _____, RPA/DS _____.
Esta declaração serve como comprovação da condição preconizada e retira a exigência
de agendamento prévio para a administração das doses para imunização da COVID-19,
de acordo com o plano municipal de imunização.

Recife, ___ de ___ de 2021

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA
MATRÍCULA: _____

Anexo V: Fluxogramas Existentes na Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua do Recife-PE. Estratégia de Atendimento durante a pandemia.

FLUXO DE ATENDIMENTO AOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM SITUAÇÃO DE RUA

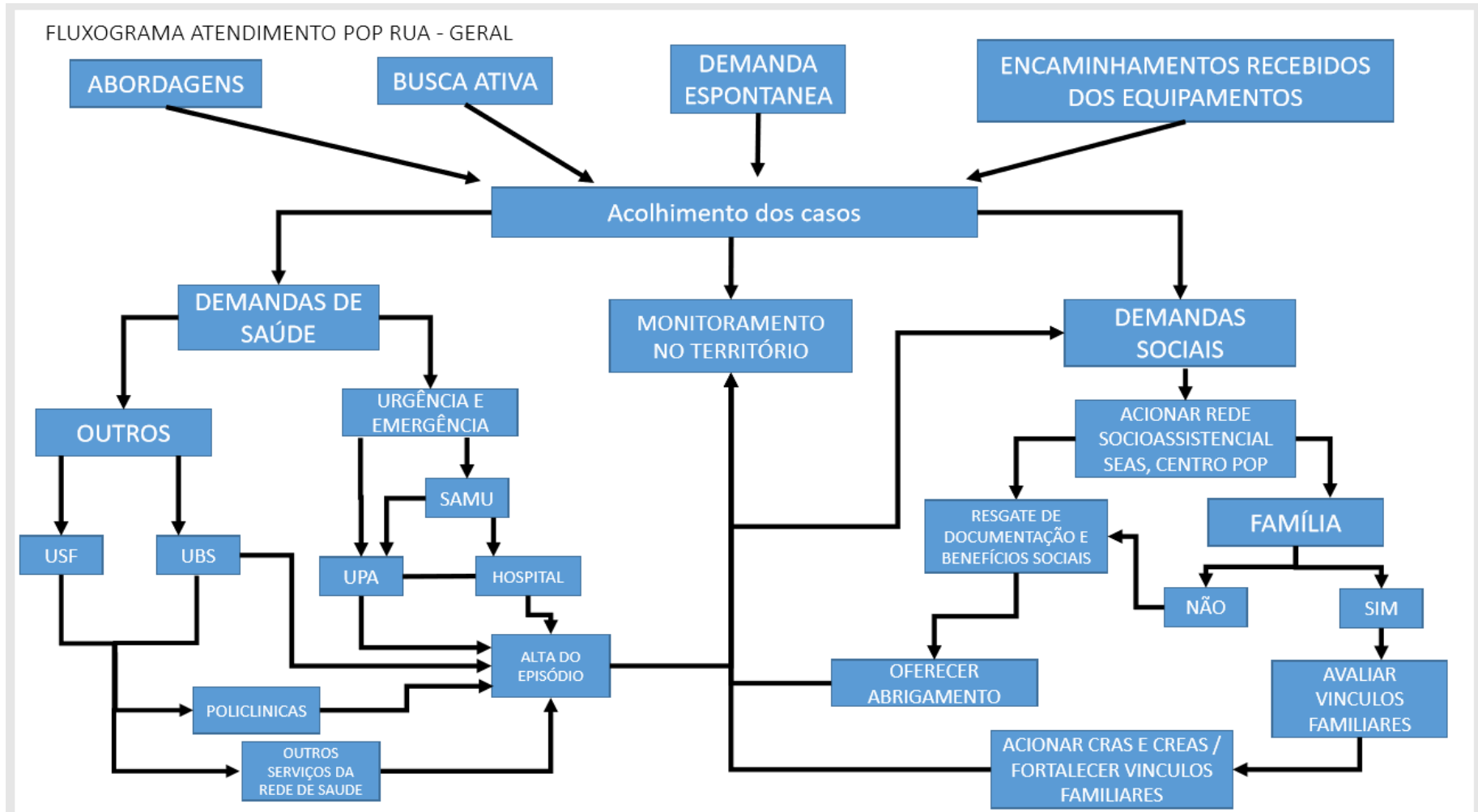


ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
SINTOMAS LEVES	SINTOMAS MODERADOS	SINTOMAS GRAVES
<ul style="list-style-type: none"> FEBRE > 38° C CORIZA DOR DE GARGANTA TOSSE DOR NO CORPO ALTERAÇÃO NO OLFATO/PALADAR 	<ul style="list-style-type: none"> FEBRE QUE RETORNOU APÓS 48H FEBRE HÁ MAIS DE 3 DIAS SEGUIDOS DOR TORÁCICA AO RESPIRAR SINAIS DE ESFORÇO RESPIRATÓRIO DIFICULDADE DE FALAR USUÁRIOS IDOSOS OU COM COMORBIDADE, SINTOMÁTICO 	<ul style="list-style-type: none"> GRANDE ESFORÇO RESPIRATÓRIO INCAPACIDADE DE FALAR CONFUSÃO MENTAL CIABOSE VISÍVEL SINAIS DE TOXEMIA RISCO DE OBSTRUÇÃO EM VIAS AÉREAS SINAL DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
<ul style="list-style-type: none"> ENCAMINHAR USUÁRIO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS DECLARAÇÃO PARA ISOLAMENTO ACIONAR ABRIGO EMERGENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> ENCAMINHAR USUÁRIO PARA UNIDADE DE REFERENCIA PARA SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS ACIONAR PARA TRANSPORTE O SERVIÇO MAIS VIDA: 3036-1900 MANEJO CLÍNICO DECLARAÇÃO PARA ISOLAMENTO ACIONAR ABRIGO EMERGENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> ENCAMINHAR USUÁRIO PARA : SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA) E/OU ACIONAR SAMU – 192 MANEJO CLÍNICO DECLARAÇÃO PARA ISOLAMENTO ACIONAR ABRIGO EMERGENCIAL

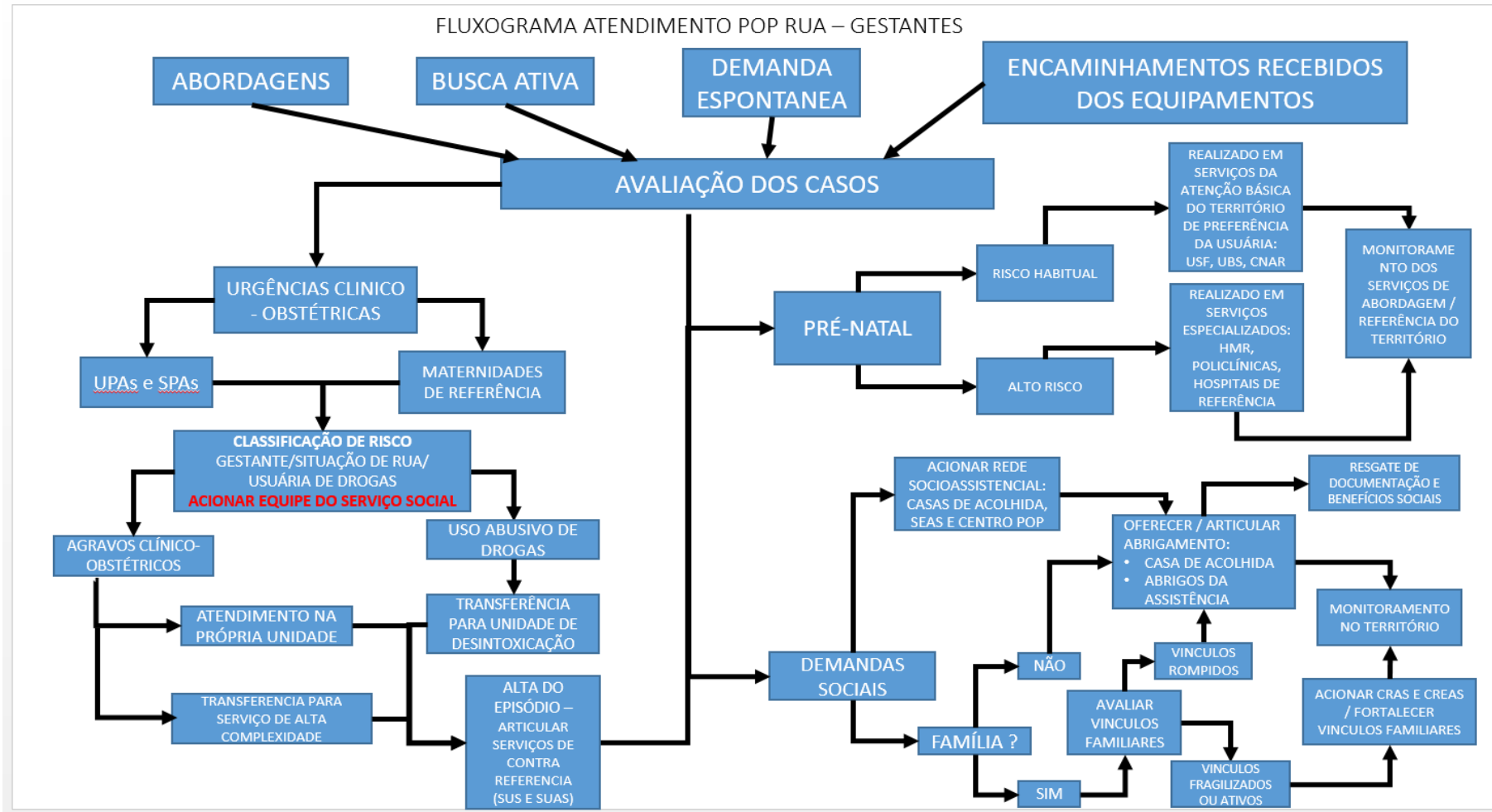
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE
 PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
 (81) 99521-6450
 CNAR.RECIFE@GMAIL.COM

COORDENAÇÃO DO ABRIGO EMERGENCIAL PARA CASOS DE COVID-19 - POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
 (81) 98734-4657

Anexo VI: Fluxogramas Existentes na Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua do Recife-PE



ANEXO VII – Atendimento POP Rua – Gestantes



ANEXO VIII – Atendimento POP Rua - Transtorno Mental (TM)

