

**Cuidado integral à saúde da população em situação de rua
em um município de Minas Gerais**

*Comprehensive health care for the homeless population
in a municipality of Minas Gerais*

Rosa Gouvea de Sousa¹
Ana Paula Furtado Santos²
Laura Cunha Soares²

Resumo

O presente trabalho é um relato de experiência do Projeto de Extensão acima intitulado, desenvolvido entre março de 2017 e março de 2018. Este projeto se desenvolveu sobre a ótica da invisibilidade social que paira sobre as pessoas em situação de rua, visando garantir o direito à saúde e à dignidade social. Por meio do processo de implantação do Consultório na Rua e durante o processo de trabalho seguiu-se buscando garantir o direito ao acesso integral e longitudinal da saúde, criando vínculos entre essa população e a saúde pública de modo a restabelecer a cidadania dessas pessoas. Esse processo é complexo e longitudinal, sendo desenvolvido de forma intersetorial, a fim de garantir que a visibilidade se estenda para além da garantia da saúde e se torne uma via de acesso a todos os direitos já afirmados em Constituição Federal.

Palavras-chave: População em situação de rua. Sistema Único de Saúde. Desigualdade social.

Abstract

The present work is an experience report of the Extension Project named above, developed between March 2017 and March 2018. This project was developed on the perspective of social invisibility that hangs on homeless, aiming to guarantee the right to health and social dignity. Through the process of implementation of the health care unit on the street and during the work process, the aim was to guarantee the right to full and longitudinal access to health, creating links between this population and public health system in order to re-establish the citizenship of these people. This process is complex, continuous, being developed in an intersectoral, in order to guarantee that the visibility extends beyond the guarantee of health and becomes a way of access to all the rights already affirmed in Federal Constitution.

Keywords: Homeless. Public Health System. Social Inequality.

1 Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) - São João del-Rei/MG, Brasil.
Docente pelo departamento de medicina (UFSJ).
e-mail: rosags@ufsj.edu.br

2 Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) - São João del-Rei/MG, Brasil.
Discente no curso de medicina e bolsista de extensão (UFSJ).
e-mail: anafurtado7@gmail.com; laurinhacsoares@gmail.com

Introdução

O direito ao acesso à saúde, moradia, cidadania e educação se estabelece na Constituição Federal de 1988, e a partir de então a legislação brasileira passa a trazer instrumentos que garantam o desenvolvimento metodológico e prático desses direitos. As políticas públicas são valises que possibilitam organizar, priorizar e gerir tal acesso, o que se faz de modo muito intenso no âmbito da saúde pública, processo que se iniciou em meados dos anos 80 (SANTOS, 2018).

Na perspectiva de direcionar o cuidado de modo mais particularizado a determinados grupos populacionais, dentro das Políticas Nacionais de Promoção em Saúde encontra-se a Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua (PNPR), que permite estabelecer um vínculo de acesso dessa população marginalizada a seus direitos cidadãos (DECRETO N° 7.053, 2009). Esse documento permite a construção de artifícios que facilitem o acesso aos sistemas de saúde, educação, moradia e todos os demais direitos a serviços e programas sociais. No campo da saúde o vínculo entre a população em situação de rua e os sistemas públicos se dá por meio das Equipes de Consultório na Rua (eCR), vinculadas às Estratégias da Saúde da Família.

A Política Nacional para Atenção Básica se estabelece em 2014, e passa a gerir a atenção primária à saúde, sendo que dentro de suas competências está a gestão das eCR (BRASIL, 2012). Apesar da PNAB gerir a prática dessas equipes, a PNPR é a legislação responsável por regulamentar a implantação das eCR, e prevê que elas se apresentem em número proporcional ao contingente populacional de cada município, havendo uma eCR para cada 100.000 habitantes. Regulamenta, ainda, a possibilidade da eCR ser estabelecida de acordo com o número de PSR do município, necessitando número superior a 80 pessoas em situação de rua (PSR) para que se tenha a implantação desse serviço.

Em 2017, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município em questão apresentava aproximadamente 89 mil habitantes. De acordo com esses dados, temos a impossibilidade de implantar as eCR, o que também não é possível de se obter pelo número de PSR, uma vez que o município não detém este. A partir desse panorama, tomamos a Extensão Universitária como modo de dar visibilidade a causa e possibilitar caminhos de diálogo junto ao município na garantia desses serviços, além de promover aproximação entre a universidade pública e a comunidade.

A equipe do programa aqui descrito compreende na extensão a potência de transformação social possível dentro das relações de biopoder circunscritas à biopolítica do cuidado integral às pessoas em situação de rua. Neste sentido, optou-se por promover práticas de cuidado centradas no fortalecimento dos sujeitos, seus coletivos e nas redes informal e formal. Tais práticas foram construídas e pactuadas no ato vivo, ao se fazer extensão, vivendo esta enquanto estratégia de enfrentamentos às desigualdades sociais.

A Extensão Universitária desempenha papel fundamental no desenvolvimento do estudante e docente, tanto pessoalmente quanto profissionalmente, levando a mudança de percepção e de postura diante da profissão (SÍLVERES, 2013). No que tange a assistência à saúde das pessoas em situação de rua, na literatura encontra-se a experiência de resistência dos profissionais de saúde quando essa população busca o atendimento em saúde (SILVA, 2015). A partir dessa percepção a extensão universitária permite a aproximação do profissional de saúde a essa comunidade de modo a desmistificar paradigmas e percepções estereotipadas.

Desenvolvimento

Considerando que o trabalho foi desenvolvido com a parceria de serviços municipais de saúde e de assistência social, e serviços de ensino superior, desenvolveu-se uma frente de trabalho que visava a pactuação e construção de estratégias junto a esses serviços. Foram reuniões e oficinas para explanação dos objetivos do trabalho e o que se espera de pactuação com as respectivas instituições. As reuniões e oficinas ocorreram com representantes da Prefeitura Municipal, das Secretarias

Municipais de Saúde e de Assistência Social, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), da Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis (ASCAS), do Departamento de Psicologia, da Coordenadoria do Curso de Medicina e da Coordenadoria do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal.

As bases teóricas do projeto foram escritas por meio de revisão de literatura nas bases de dados Scielo e BVS, no que tange sua assistência ao cuidado integral à saúde, selecionando para leitura os trabalhos produzidos a partir do ano de 2014, uma vez que a PNPR teve sua publicação em dezembro de 2013. Esse processo de pesquisa surgiu da necessidade de se conhecer outras realidades de cuidado, uma vez que a restrição na política financeira do CR se coloca como fator impeditivo a sua ampla implantação – estariam as ações voltadas a PSR concentradas apenas nos grandes centros urbanos?

As atividades em campo inicialmente se concentraram na territorialização e cartografia, observação participante, diário de campo e ações voltadas para os sujeitos, suas famílias e suas comunidades. Todas as ações foram realizadas com a participação dos alunos da Unidade Curricular de Saúde Mental do Curso de Medicina da Universidade e com residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade.

As ações em campo possibilitaram trocas e encontros entre vários atores envolvidos na performance da rua. Muitas vezes a abordagem possibilitou diálogos, às vezes resistência e outras indiferença. Ao se pensar a vulnerabilidade que a situação de rua traz ao sujeito, a equipe de extensão se faz o seguinte questionamento: “como a saúde se circunscreve enquanto necessidade na população em situação de rua?”. A saúde é tida como um dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988. Para que tais direitos sejam preservados, depende-se da garantia prévia dos direitos civis, tidos como fundamentais. Quando isso não ocorre surge um muro praticamente intransponível entre o cidadão e o acesso aos direitos sociais.

O princípio do diálogo orientou as relações da equipe em campo. No entanto, a discrepância de vivências entre a equipe e aqueles que estão na rua demandaram sucessivas ressignificações. As especificidades de redução de danos, a fome, o dormir na rua, a violência, entre outras muitas reflexões colocaram em xeque quem deveria estar com eles e em que momento. Seria a saúde? Quais profissionais seriam? em que oportunidades? O perfil de competência do médico o prepara para tal abordagem? O médico tem repertório para além do que seja prescritivo e normativo? No caso do projeto de extensão do consultório na rua as trocas de saberes foram orientadas pela centralidade na pessoa. Não havia como se preparar para o encontro, a não ser com uma escuta qualificada, com abertura para pactuações e negociações e uma competência linguística que possibilitasse uma conversa acolhedora.

Por esta vivência, a perspectiva da prática médica demanda dele ser mais do que um agente promotor e defensor de um direito social e que leve em consideração a possibilidade da violação dos direitos civis. Dessa forma, parcelas vulneráveis da sociedade, como a população em situação de rua, que não têm acesso aos direitos fundamentais à propriedade e, por vezes, ao registro civil de nascimento, podem tornar-se visíveis aos olhos deste profissional. Tal troca possibilitou a evidência de uma lacuna na formação médica.

Assim como nas demais organizações e serviços de assistência à saúde, o Consultório na Rua se desenvolve por meio de interdisciplinaridade, de modo muito bem estabelecido. A PNPR que regulamenta o serviço divide as equipes de consultório na rua em três modalidades de atuação, nas quais o que se difere são os profissionais que dela farão parte. As modalidades de equipe envolvem diversos profissionais da saúde, desde psicólogos, terapeutas ocupacionais, agente social a enfermeiros e médicos. Nesse movimento percebe-se a indissociabilidade entre o trabalho interprofissional e as ações do CR, e como a medicina é apenas um aspecto da demanda desse grupo, e apesar de o trabalho de extensão não ser regido de modo restrito aos moldes do CR proposto pela PNPR, essa necessidade se traduz na prática diária.

Ao desenvolver as ações em saúde e pactuações relacionou-se de modo interdependente aos profissionais das áreas da assistência social, psicologia, terapia ocupacional e enfermagem, pois esses grupos se inserem na dinâmica do projeto como linha de frente na garantia do direito civil, para consequentemente garantir-se o direito social de saúde integral. As oficinas com profissionais do SUAS e SUS permitiram construir uma rede de facilitadores do acesso à saúde e inclusão social, de modo a estabelecer-se pactuações capazes de gerar o matriciamento da população. Essa proximidade permitiu que a população em situação de rua começasse a restabelecer seus vínculos sociais, uma vez que passam a se reconhecer como cidadãos, e entender que suas demandas são de responsabilidade pública, o que se torna a força motriz da procura dessas pessoas pelos serviços e programas públicos que propiciam essa inclusão.

A territorialização e a cartografia são instrumentos de abordagem territorial inspiradas nos atributos da atenção primária à saúde. A atenção primária à saúde é uma proposta internacional de organização dos sistemas de saúde onde integralidade, longitudinalidade, acesso, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural formam a base da gestão do cuidado em saúde (STARFIELD, 2002). Como o Consultório na Rua está inserido na Estratégia de Saúde da Família e esta por sua vez é a expressão brasileira desta proposta internacional de gestão do cuidado, compreendemos que as ações em campo deveriam seguir a mesma lógica.

A territorialização e cartografia objetivaram identificar os locais e hábitos para se fazer presente e se inserir de modo suave e menos invasivo possível na vida dessa população, que sempre se esguia de situações novas em que se sentem ameaçadas. Esse mapeamento se deu em horários diversos, mas de modo mais frequente ocorreu às sextas-feiras no turno vespertino, próximo ao almoço, momento onde tínhamos a oportunidade de encontrar muitas pessoas. O primeiro local identificado foi a Rodoviária seguido por mais dois importantes pontos.

A observação participante e o diário de campo almejavam identificar os indivíduos e suas perspectivas, a medida em que se permitia a criação de vínculo e identificação das demandas. As ações voltadas para os sujeitos, suas famílias e suas comunidades foram possíveis após certo tempo, quando já existia vínculo e adesão por parte da população. Este movimento suscitou na equipe extensionista e nos estudantes de graduação e pós-graduação questões como: quem abordamos na rua? Como abordamos na rua? Como registrar as informações? Como organizar a gestão do cuidado? E principalmente, qual a potencialidade de nossa ação e a responsabilidade de continuidade do cuidado? Na Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua (BRASIL, 2009) bem como no Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012) muitas destas respostas estão sistematizadas e descritas por autores com experiência de longa data. Entretanto, existe uma potência de aprendizagem e de reflexão no ato vivo de produção de cuidado, principalmente, sobre a competência deste e sua responsabilidade e ética. O locus de exercício para formação do médico está habitualmente no ambulatório seja na unidade básica seja no hospital. O reconhecimento da pessoa enquanto usuário está imbricado à sua identidade ou registro de nascimento. O reconhecimento de seu local de atendimento está relacionado à sua moradia fixa e regular. Quando o sujeito que encontramos não possui direitos civis e políticos garantidos, encontramos dificuldade em reconhecermos e valorizarmos a performance médica.

A rua é um território (BRASIL, 2011) e a população, que lá reside ou nela trabalha, demanda cuidados singulares e tão prementes quanto outros. Neste sentido, a equipe compreendeu a potencialidade do território dentro da perspectiva da indissociabilidade ensino, pesquisa, extensão. Para aproximarmos a formação médica da garantia do cuidado integral para estas pessoas, a equipe optou por continuar com o projeto na forma de programa e aprofundar a rede de atenção que possibilitará suporte social para a garantia dos direitos da população em situação de rua.

A parceria entre Universidade e Prefeitura é um caminho possível e potente assim como a proposta de políticas públicas que garantam visibilidade para a rua e as pessoas que nela habitam e trabalham. A equipe de extensão procurou o CREAS e se colocou à disposição. Foram feitas oficinas e reuniões

onde demandas do SUAS foram acolhidas pelo projeto. A equipe de extensão procurou a Secretaria de Saúde e se colocou à disposição. Lá, foi feito acordo para que um grupo de trabalho estude a viabilidade orçamentária do Consultório na Rua.

A equipe extensionista esteve com estudantes e residentes e acolheu as sugestões e propostas. Os graduandos identificaram temas ausentes em sua formação como redução de danos e abordagens às pessoas em situação de rua e tal demanda passou a figurar em unidades curriculares do curso e da residência. Eles produziram a ficha de cadastro da pessoa em situação de rua a partir de pesquisa e conversas com profissionais e serviços já consolidados. Eles escreveram uma cartilha onde escolheram temas e tópicos necessários ao estudante e ao residente quando estes iniciam a abordagem na rua.

O trabalho em campo no CR levanta inquietações a respeito de como identificar essas pessoas, como abordá-las e como desenvolver esse cuidado, que perpassa a lógica do consultório médico. As práticas de busca ativa, abordagem e construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS) permitiram aos estudantes envolvidos no CR repensarem suas relações sociais e o modo como se tem feito saúde a partir do disposto em currículo. Mais que aprender o tecnicismo médico nos atendimentos do CR, o estudante se depara com a complexidade de um sistema no qual antes mesmo de garantir a promoção de saúde, deve-se garantir o direito à vida e à cidadania. A partir dessa nova percepção de assistência, demandas teóricas surgem, como a Redução de Danos, e provocam uma reestruturação do currículo médico.

A experiência da extensão universitária com a PSR coloca o estudante em uma nova posição que o permite direcionar seu olhar para as demandas sociais sob um novo ângulo. Esse processo permite ao estudante despir-se de estereótipos que comprometem seu compromisso profissional com a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Esse transcurso permite repensar a organização da sociedade e qual o papel do profissional médico em promover a qualidade de vida, transcendendo a questão “doença”.

Conclusão

A partir do percurso de ações que compuseram o projeto de extensão, conquistamos espaço de visibilidade para a população em situação de rua, colocando-a como foco de discussão em diversos setores públicos. A criação de vínculo entre os extensionistas e a PSR merece destaque dentro das conquistas, já que se mostra como força geradora da cogestão do cuidado e da mudança de paradigma da busca pelo acesso à saúde por parte dessa população. Ademais, a busca pelo cuidado integral é acima de tudo um trabalho longitudinal e, portanto, necessita de uma continuação, que foi conquistada com a emersão do projeto em formato de Programa em Extensão Universitária. De modo mais concreto, a transcender o papel da universidade, a expectativa para os rumos do trabalho é a implantação de uma Política Municipal para a Pessoa em Situação de Rua, o que tem sido dialogado com os setores públicos a ser pactuado no desenvolvimento do Programa, para garantir que o cuidado a PSR se torne de fato um patrimônio social da cidade, a viabilizar a longitudinalidade, integralidade e qualidade de vida.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

FORPROEX. **Política Nacional de Extensão Universitária**. FORPROEX. Manaus, 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, junho, 2018.

SILVA, Carolina Cruz, et al. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 39, N. ESPECIAL, P. 246-256, DEZ 2015.

SÍVERES, Luiz. **A extensão universitária como princípio de aprendizagem**. Brasília: Liber Livro, 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Recebido em: 17 de outubro de 2018

Aceito em: 03 de outubro de 2019