UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA

NUANCES DO CONSULTÓRIO NA RUA

GOIÂNIA

2016

sibi
sistema de bibliotecas ufg

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA

Título do trabalho: NUANCES DO CONSULTÓRIO NA RUA

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [ ] NÃO[1]

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Mariane de Souza Benjamin Rocha Data: 01/03 /2017

Assinatura do (a) autor (a) [2]

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

[2] A assinatura deve ser escaneada.

MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA

NUANCES DO CONSULTÓRIO NA RUA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Dra Edsaura Maria Pereira

Co-orientadora: Ms Mary Anne de Souza Alves França

GOIÂNIA

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

ROCHA, MARIANE DE SOUZA BENJAMIN
NUANCES DO CONSULTÓRIO NA RUA [manuscrito] / MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA. - .
126 f.

Orientador: Profa. Dra. EDSAURA MARIA PEREIRA; co orientadora MARY ANNE DE SOUZA ALVES FRANÇA.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, .
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, lista de figuras.

1. DESIGUALDADE EM SAÚDE. 2. POLITICAS PÚBLICAS. 3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. I. PEREIRA, EDSAURA MARIA, orient. II. Título.

CDU 614

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 08 dias do mês de dezembro de 2016, às 09h, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia e Saúde Pública/UFG, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Edsaura Maria Pereira (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Marta Rovery de Souza (Membro Interno) e Dra. Maria de Fatima Nunes (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "Nuances do Consultório na Rua", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Mariane de Souza Benjamim Rocha.** A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:00 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Edsaura Ma Pereira

Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira
Presidente e Orientadora / UFG

Profa. Dra. Marta Rovery de Souza
Membro Interno

Profa. Dra. Maria de Fatima Nunes
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus amados filhos: Letícia (in memoriam), Miguel (in memoriam), Marina e Jairo Filho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço o dom da vida ao meu bom e maravilhoso Deus. Obrigada por tudo!

Ao meu esposo Jairo pelo apoio e cumplicidade, mesmo discordando das minhas decisões segura na minha mão e me ajuda na caminhada.

Aos meus filhos Marina e Jairo filho por toda inspiração, por serem minha luz e aliviarem todas as minhas dores com um sorriso.

Aos meus pais: Atarciso (in memoriam) e Cleonice (in memoriam) que conduziram os meus primeiros passos e hoje todo passo a ser dado me vem à reflexão se isso alegraria os vossos corações.

A minha sogra Maria das Graças que sempre é minha maior entusiasta.

A minha orientadora Profa. Dra. Edsaura, pelas horas dedicadas a orientação, por ter ensinado com dedicação e paciência, e por todo aprendizado durante esse período de Mestrado.

A minha co-orientadora Ms Mary Anne, pela colaboração durante todo o trabalho e pelo conhecimento transmitido.

Aos Professores Dr. Ricardo e Dra. Ellen Synthia pela colaboração com o software WebQda e no trabalho de uma forma geral.

Aos professores componentes da banca de qualificação, Professora Dra. Marta Rovery e Ms Sandro Rogério, pelas contribuições fornecidas no trabalho.

Aos meus amigos, compadres e familiares que torceram por mim, compreenderam (ou não) a minha luta, me ajudaram nas horas de dificuldade, minha eterna gratidão. Não citarei nomes, pois a lista é extensa.

A minha Gerente Franscine pela confiança e por compreender toda minha ausência, mesmo muitas vezes presente fisicamente.

A minha amiga e “ex-chefe” Mirlene por ter me dado a oportunidade de me aproximar do tema desta dissertação e por ter sido companheira nos estudos e na vida.

Aos meus amigos do trabalho por toda ajuda, compreensão, apoio, as orientações, as massagens, as edições de Word e os pensamentos positivos.

A minha amiga e sócia Lilian por toda paciência e conselhos nas minhas horas de crise e angústias... é muito bom saber que posso contar com você!

Aos companheiros do mestrado pelos momentos impares que passamos juntos e pelos prazeres da boa mesa no nosso famoso *tour* gastronômico por Goiânia.

No mais, sou grata, muito grata a todos que estiveram ao meu lado nessa incrível jornada.

EPÍGRAFE

Desistir... Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.

Geraldo Eustáquio de Souza

ROCHA, MSB. **Nuances do Consultório na Rua**. [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria do Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

RESUMO

A industrialização e o capitalismo impulsionaram o crescimento do número de pessoas em situação de rua, geralmente associado ao consumo abusivo de álcool e outras drogas e envolto em contexto de estigma, preconceito e exclusão. A vulnerabilidade vivenciada pelas pessoas em situação de rua propicia o surgimento e/ ou agravamento de problemas de saúde que em outras circunstancias teriam a cura ou o controle. Este estudo teve como objetivo analisar a vinculação do Consultório na Rua em Goiânia,Goiás com a Atenção Primária à Saúde. Estudo de abordagem qualitativa, descritiva, realizado com as equipes de Consultório na Rua, no referido município. A coleta de dados se deu por meio de análise documental e grupo focal. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais do Consultório na Rua, em Goiânia, Goiás, no ano de 2016. As diretrizes governamentais foram pesquisadas no sitio eletrônico do Ministério da Saúde e no Diário Oficial do município de Goiânia, entre 2005 e 2015, onde foram selecionadas políticas públicas pela pertinência em abordarem a saúde da população de rua. Os resultados e discussão desta dissertação foram apresentados na forma de dois artigos: artigo 1 - Consultório na rua: da vulnerabilidade à inclusão e artigo 2 - CMYK: Nuances do Consultório na rua. Neste estudo foram identificados 19 diretrizes governamentais e evidenciou-se que após o lançamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua esta favoreceu a diminuição das desigualdades em saúde a partir da inclusão desse grupo populacional no contexto saúde. As nuances que permeiam o consultório de rua e consultório na rua se diferenciaram essencialmente nos processos de trabalho. A integralidade é a principal bandeira dessa mudança levando a ampliação da carteira de serviços das equipes de Consultório na Rua. Constitui-se um grande desafio desenvolver um serviço com uma abordagem tão completa e complexa, em espaços dinâmicos, com uma população em extrema vulnerabilidade e com a limitação de suporte intersetorial e algumas vezes na própria Rede de Atenção a Saúde.

Descritores: Desigualdade em Saúde**;** Políticas Públicas; Atenção Primária à Saúde.

ROCHA, MSB. **Nuances do Consultório na Rua**. [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria do Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

ABSTRACT

Industrialization and capitalism have stimulated the increase in the number of homeless people, which are generally associated with the abusive consumption of alcohol and other drugs and involved in a context of stigma, preconception and exclusion. The vulnerability experienced by homeless people promotes the appearance and/or the aggravation of health problems that in other circumstances would have a cure, or, at least, control. This study aimed to analyze the binding of the 'Medical Office in the Street' in Goiânia,Goiás with Primary Health Care. The study had a qualitative, descriptive approach, carried out with the work team of Medical Office in the Street in the mentioned county. The data collection was done through documentary analysis and focus group. The subjects of the survey were the professionals of Medical Office in the Street, in Goiânia, Goiás, in the year of 2016. The government guidelines were searched on the Ministry of Health's website and in the Official Gazette of Goiânia, between 2005 and 2015, then, public policies were selected for their relevance in addressing the health of the homeless population. The results and discussion of this dissertation were presented in the form of two articles: Article 1 - Medical Office in the Street: from vulnerability to inclusion; Article 2 - CMYK: Medical Office in the Street's nuances. In this study, 19 government guidelines were identified and it was evidenced that after the advent of the National Policy for the Homeless Population, there was a decrease in inequalities in health with the inclusion of this population group in the context of health. The nuances that permeate the medical office of the street and the medical office in the street differ essentially in the work processes. Integrality is the battle flag of this change leading to an expansion of the Medical Office in the Street team services portfolio. It is a great challenge to develop a service with such a complete and complex approach, in dynamic spaces, with a population in extreme vulnerability and with a limitation of intersectoral support and often in the Health Care Network itself.

Keywords: Inequality in Health; Public policy; Primary Health Care.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS
APRESENTAÇÃO
1. INTRODUÇÃO **21**
2. OBJETIVOS **27**
2.1. Objetivo geral **28**
2.2. Objetivos específicos **28**
3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA **29**
3.1. Atenção Primária á Saúde **30**
3.2. Saúde para População de rua **34**
4. REVISÃO DE LITERATURA **40**
4.1. Capitulo I – Atenção Primária á Saúde **41**
4.2. Capitulo II – Consultório na Rua **46**
5. METODOLOGIA **50**
5.1. Tipo de estudo **51**
5.2. Local do estudo **51**
5.3. População do estudo **51**
5.4. Aspectos éticos **52**
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO **56**
ARTIGO 1 ..... **58**
ARTIGO 2 ..... **76**
7. CONCLUSÕES **95**
REFERÊNCIAS **97**
ANEXO **101**
ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **102**
APÊNDICES **105**
APÊNDICE 1 - TERMO E DECLARAÇÕES **106**
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL **110**
APÊNDICE 3 – BUSCA PORTAL DA LEGISLAÇÃO **111**
APÊNDICE 4 - BUSCA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE **112**
APÊNDICE 5 – BUSCA DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA **117**
APÊNDICE 6 – BUSCA DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA **118**

APÊNDICE 7 - CONSOLIDADO DAS BUSCAS **124**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Esquema da estruturação do Consultório na Rua **37**
Figura 02 – Organograma da Superintendência de gestão de redes de Atenção à saúde de Goiânia - GO **38**
Figura 03 – Valores, princípios e elementos de um modelo de Saúde baseado na APS e do modelo de saúde adotado pelo Brasil. modificado do quadro da OPS **45**
Gráfico 01 - Principais motivos da Situação de rua **47**
Figura 04 - Etapas do estudo **53**
Figura 05 - Metodologia do estudo **54**

ARTIGO 01

Figura 01: Análise dos dados **64**
Gráfico 01: Produção de Políticas Públicas Nacionais e do Município de Goiânia **65**

ARTIGO 02

Figura 01: Categorias e subcategoria **83**
Figura 02: Subcategorias e atributos da APS **90**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CC	Centro de Convivência
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CR	Consultório na Rua
CS	Centro de Saúde
CSF	Centros de Saúde da Família
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEEPP-LNF	Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos Leide das Neves Ferreira
CIAMS	Centro Integral de Assistência Médica Sanitária
CMS-GYN	Conselho Municipal de Saúde de Goiânia
CONGEMAS	Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DeCs	Descritores
eCR	Equipes de Consultório na Rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipes De Saúde Da Família
FCS	Faculdade de Ciências Sociais
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSEE	Institut National de La Statistique et des Études Économiques
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS	Ministério da Saúde
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
MPSC	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NECRIVI	Núcleo de Estudos sobre Criminalidade Violência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REGORD	Rede Goiana de Redução de Danos e Direitos Humanos
RSU	Rough Sleepers Unit
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SICAA	Sistema de Informação de Controle de Atendimento Ambulatorial
SISAB	Sistema de Informação da Atenção básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
USP	Universidade de São Paulo
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a

Ciência e a Cultura

UNICEF Fundo das Nações Unidas para Infância

O Bicho

Vi ontem um bicho Na imundície
do pátio Catando comida entre
os detritos. Quando achava
alguma coisa, Não examinava
nem cheirava: Engolia com
voracidade.
O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.

(Manuel Bandeira)

APRESENTAÇÃO

A chave para compreender um determinado serviço e o seu processo de trabalho e gerenciamento é a análise. De forma, a desvendar a complexidade e particularidades das ações, reforçando a política que o assiste e diagnosticando as reais necessidades do serviço.

Esta dissertação é resultado de inquietações a respeito da transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua no município de Goiânia – GO que aconteceu em 2012 por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Sou graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), servidora efetiva da secretaria Municipal de Saúde de Goiânia há 08 anos e em 2013 fui convidada para atuar como Apoiadora Técnica no então Departamento de Atenção Primária, como coordenadora do Consultório na Rua de Goiânia.

Desde o término da graduação em enfermagem, comecei a trabalhar na Atenção Básica (AB) e lá se vão 11 anos de dedicação e luta para efetivação de direitos e consolidação da política.

A Coordenação do Consultório na Rua foi um grande desafio profissional e me levou por caminhos que eu inocentemente pensava ser garantido como direito constitucional. Palavras como: complexidade, desafio, dificuldade e vulnerabilidade começaram a ser usuais no meio que eu participava. A necessidade de fluxos de atendimentos e visibilidade do serviço sempre era apontada como os principais entraves para uma atenção integral à saúde, porém, eu reconhecia que faltava bem mais.

Desta forma, já totalmente envolvida pela temática ingressei no Mestrado Profissional de Saúde Coletiva (MPSC) em uma linha que estuda gestão e a oportunidade de aprofundar sobre o tema se tornou cientificamente possível, e com a perspectiva de acrescentar a minha carreira profissional uma contribuição cientifica sobre o tema.

Para estruturação dessa pesquisa e com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da AB, apresenta-se a estruturação dessa pesquisa em capítulos. O capítulo 1 descreve a introdução, na qual são apontados pontos

relevantes referentes às pessoas em situação de rua e a saúde. Apresenta-se no capítulo 2 os objetivos. No capítulo 3 a contextualização histórica da saúde para população de rua. Em seguida no capitulo 4 o referencial teórico que dar sustentação à discussão. O método descrito no capítulo 5 traz o tipo de estudo, local do estudo, amostra do estudo e a forma como os dados foram coletados e analisados. Os resultados e discussão estão descritos na forma de dois artigos que serão formatados sob as normas do periódico escolhido para publicação. O artigo 1 - Consultório na rua: da vulnerabilidade à inclusão e o artigo 2 - CMYK: Nuances do Consultório na rua.

O titulo CMYK no artigo 2 foi escolhido por sua alusão ao sistema de cores que geralmente é usado para impressão de fotos: o sistema CMYK. Esse sistema de cores pode reproduzir toda gama de cores existentes e as identifica através da transformação das cores em minúsculos pontos. Isto é, a cor é aplicada à base em forma de pontos que, ao se combinarem, causam uma ilusão de ótica, fazendo com que o cérebro identifique as cores de acordo com os espaços e tamanho dos pontos.

A Casa

Era uma casa
Muito engraçada
Não tinha teto
Não tinha nada
Ninguém podia
Entrar nela, não
Porque na casa
Não tinha chão.

Ninguém podia
Dormir na rede
Porque na casa
Não tinha
parede Ninguém
podia Fazer pipi
Porque penico
Não tinha ali.

Mas era feita Com
muito esmero Na
Rua dos Bobos
Número Zero.

(Vinicius de Moraes)

1. INTRODUÇÃO

A realidade de pessoas em situação de rua é percebida nos grandes centros urbanos com frequência, geralmente associada ao consumo de drogas, ao contexto de exclusão e vulnerabilidade. Desde antes de Cristo há relatos de pessoas usando os espaços da rua para pedir esmolas, eram chamados de indigentes, pedintes ou mendigos. Durante vários séculos apesar de essa população ser sinônimo de estigma social, a convivência com a sociedade acontecia de forma pacífica e quase invisível.

> Dar uma esmola correspondia e, por que não dizer, corresponde, ainda, a um acto expiatório, também altruísta, mas, acima de tudo, mediador entre uma má consciência e o apaziguamento dessa mesma consciência (FERNANDES, 2006, p.3).

O fenômeno da população em situação de rua se trata de uma situação extrema de exclusão social e pobreza que resulta, em última instância, em uma significativa perda de potencial humano (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013). Com a globalização, a frequência e o motivo que levam as pessoas para a rua mudaram, e conceituá-las sem estigmatizá-las é um desafio.

O termo “sem-abrigo” é utilizado na Europa há mais de duas décadas, essa denominação conota ao problema da falta de habitação, mas o seu sentido é o da pobreza e exclusão (FERNANDES, 2006). Observa-se resistência em diversos autores em definir os “sem-abrigo” como aqueles que dormem na rua, devido à necessidade de adotar um conceito amplo, tendo em conta que se trata de uma população que não é mais do que um agrupamento transitório de pessoas, atravessando uma situação(FERNANDES, 2006).

No Brasil, o termo atualmente aceito para referenciar as pessoas que vivem de e na rua é “pessoa em situação de rua”, na França “sans domicile fixe”, “sin holar”, na Espanha e “homeless” nos países anglo-saxônicos. Na Inglaterra, o termo “statutory homeless” está incorporado na legislação e tem uma definição específica ligada ao desenvolvimento de deveres legais (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

A realização de pesquisas censitárias fidedignas é de difícil execução, devido o movimento desses indivíduos no território e da definição de quem é de fato morador de rua. Sendo assim, minimamente as definições sobre quem são estas pessoas precisam ser esclarecidas para facilitar a contagem. A Europa e os Estados Unidos definem os *homeless*, como: pessoas que dormem na rua ou em outros locais impróprios para habitação ou em abrigos noturnos, hotéis e apartamentos pagos pelas agências não governamentais ou através de apoios do Estado e que não tem residência fixa e está em contínua movimentação entre casas de amigos e pensões (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013). As dificuldades citadas ressaltam a complexidade dessa população, ressaltando que ofertar assistência à saúde a esse grupo, demanda arranjos além dos serviços de saúde.

Segundo senso estimativo realizado em janeiro de 2015 os Estados Unidos possuem 564,708 mil *homeless* (THE U.S. DEPARTMENT OF HOUSING AND URBAN DEVELOPMENT, 2015). Na França, os censos mais recentes, conduzidos localmente pelo *Institut National d'Études Demographiques* e a nível nacional pelo *Institut National de la Statistique et des Études Économiques* (INSEE), variam entre 86 mil e 800 mil respectivamente (MENEZES, 2008).

Em 2007, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) realizaram uma pesquisa nacional censitária e por amostragem da população em situação de rua no Brasil, onde identificaram 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. O município de Goiânia participou da pesquisa e à época apontou um quantitativo de 563 pessoas em situação de rua (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

Em Goiânia, recentemente, foi realizada uma pesquisa de campo por amostragem (no dia 16 de maio de 2015), onde foi identificado um total de 351 pessoas em situação de rua, divididos entre idosos, adultos, adolescentes e crianças. Deste total, 12,3% se recusaram a participar da aplicação do questionário e 15,1% não responderam por motivos diversos (GOIÂNIA, 2016).

Em 2015, foi realizada uma estimativa da população em situação de rua utilizando-se de dados disponibilizados no Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), bem como o número de pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal, onde estima-se que existam, 101.854 pessoas em situação de rua (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

A situação de rua é um fator de extrema vulnerabilidade e de riscos para saúde.

> The serious health care challenges associated with homelessness are underscored by high mortality rates and frequent use of hospital care. Some health challenges are intimately associated with being homeless, including exposure to extremes of weather, and trauma from assault (KERTESZ, 2014, p. 191).

A assistência a saúde destinada para essa população acontece de formas diferentes em todo o mundo. Em Paris, na França, a assistência destinada às pessoas *sans domicile fixe* conta com o auxilio de um número de telefone que funciona em todo território nacional o “115” e com a “veille sociale” que funcionam como uma rede gestora de diferentes instituições e projetos de emergência e pós-emergência social (GARCIN, GUYAVARCH, 2014).

> Pour comprendre l’enjeu politique et de santé publique que représente l’hébergement des familles par le 115 de Paris, il faut rappeler que celui-ci ne propose aucun suivi social, administratif ou sanitaire, en dehors des informations pratiques données par téléphone lorsque la famille appelle, comme des adresses pour obtenir des repas ou des colis alimentaires, de centres de santé pour les enfants, de vestiaires pour trouver de quoi se vêtir, etc (GUYAVARCH; GARCIN, 2014,p. 19).

Na Inglaterra, Londres em 1997 iniciou o *Rough Sleepers Unit* (RSU) um trabalho de aproximação as pessoas “sem-abrigo”. As Organizações não Governamentais (ONG) trabalham em conjunto com o RSU, entre as ações desenvolvidas estão: *Homeless Link que* disponibiliza apoio para qualquer pessoa “sem-abrigo” e o *Street Link que* é um sítio web que permite ao público alertar as autoridades locais da Inglaterra sobre a presença de “sem-abrigo” na sua área, providenciando uma oportunidade para o estado agir e garantir o contato com os serviços locais e a disponibilização de apoio (JOLY; CORNES; MANTHORPE, 2014).

No Brasil, com o intuito de ofertar acesso aos serviços de saúde de forma equânime, políticas públicas nacionais começaram a ser implementadas. Até então, só havia articulação da sociedade civil organizada e ações de políticas municipais isoladas no país, com vistas a solucionar questões de saúde essenciais concernentes à população em situação de rua. Com base na complexidade da população em situação de rua, evidencia-se o desafio para a elaboração de políticas públicas eficazes.

> Observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representa-se um desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.13).

Experiências realizadas para a população em situação de rua com abordagem no enfrentamento da dependência de crack e para aumentar o acesso e a adesão ao tratamento da dependência, mostraram – se positivas, levando o Ministério da Saúde (MS) a incentivar a implementação do modelo Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009-2010).

Em 2011, a PNAB aprova a implantação do Consultório na rua com objetivo de garantir assistência integral para a população em situação de rua. Um serviço com as características da AB e com a lógica da atenção psicossocial, esse modelo de serviço veio para substituir os consultórios de rua financiados pelo MS.

A proposta de consolidação da saúde para as pessoas em situação de rua vai além da denominação: “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”. A alteração se dá principalmente na ampliação do modelo de atenção e no resguardo da garantia de direitos. No entanto, entende-se que uma proposta de mudança, como essa, pode gerar impacto entre os trabalhadores, assim como na dinâmica do atendimento. Dessa forma, este estudo pretende responder ao seguinte questionamento: quais as mudanças na execução das atividades e o

reflexo destas no serviço do Consultório na Rua de Goiânia, após a vinculação com a Atenção Primária?

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar a transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua em Goiânia – GO. Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do Consultório na rua no município de Goiânia, e favorecer a consolidação da PNAB, uma vez que compreender as fragilidades e potencialidades desse serviço, possibilita uma melhoria da Politica de Atenção Básica, aumentando a resolutividade das ações e integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

• Analisar a vinculação do Consultório na Rua em Goiânia – GO com a Atenção Primária a Saúde.

2.2. Específicos

• Identificar as Políticas Públicas Nacionais e do município de Goiânia – GO que versam sobre a saúde da população em situação de rua;

• Relacionar as alterações ocorridas com a mudança do Consultório de Rua para Consultório na Rua em Goiânia – GO na percepção dos profissionais que compõem a equipe do Consultório na Rua.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O Espaço da rua nos cenários das grandes cidades é a realidade de muitas pessoas, nas mais diferentes situações. “Percorrer distâncias, migrar, perambular, não possuir residência fixa é uma dinâmica social relatada desde a Grécia antiga” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013, p.14).

Historicamente, há vários relatos de pessoas em situação de rua. Segundo Stofels (1977), desde a Grécia Antiga pessoas habitavam as ruas de forma itinerante, devido às desapropriações de terras para o crescimento das cidades. Envolto em estigmas e preconceitos, a pessoa que mora na rua, era e continua a ser considerado “sempre um segmento à parte, à margem das ordenações sociais e urbanísticas” (FRANGELLA, 2009, p. 42).

Na Grécia antiga, o filosofo Diógenes de Sínope, fundador da Escola Cínica, problematizou o ato de estar nas ruas, ele fez da pobreza uma virtude com o objetivo de contestar os valores sociais (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013). Tornou-se um mendigo na tentativa de cumprir o ideal cínico da autossuficiência e desapego.

Diferente do objetivo de Diógenes “a situação de exploração capitalista do trabalho, as desapropriações de terras, desigualdade socioespacial, a concentração de renda são fatores intrínsecos ao aumento da pobreza e da situação de rua” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013, p.15).

O intenso movimento do processo de urbanização colaborou para a ida das pessoas para as ruas, emergindo como um problema mundial inerente às grandes metrópoles desde as Revoluções Industriais até os dias de hoje (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

O fenômeno de pessoas em situação de rua é, simultaneamente, uma consequência e uma causa de diferentes faces da exclusão social extrema. Assim, viver de modo itinerante, na incerteza de uma moradia fixa e de uma renda obtida através de um vínculo empregatício formal, se torna conflituoso com os padrões sociais estabelecidos, “sua presença incomoda e desconcerta quem busca ver nas ruas a mesma tranquilidade asséptica de conjuntos habitacionais com circulação restrita de pessoas” (PRESIDÊNCIA DA

REPUBLICA, 2008, p. 03). O relatório da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas em 2015 considera a falta de moradia uma grave violação dos direitos humanos, por intervir na garantia de direitos básicos para manutenção de uma vida digna, como saúde e segurança.

O processo de rupturas sociais na vida e as vivências de práticas e códigos transmitidos de pessoas habituadas com o estilo de vida na rua levam ao surgimento do morador de rua (FRANGELLA, 2009). A rua leva o individuo a desenvolver uma relação compensatória às perdas e a buscar recursos para sobrevivência e satisfação das necessidades, colaborando assim para construção e reconhecimento de sua identidade a partir da reivindicação de seus direitos, como a habitação, saúde e trabalho para efetiva superação dos obstáculos que a cidade apresenta (ADORNO, 2011).

O grande marco brasileiro para a garantia desses direitos é a Constituição Federal de 1988, que determina o direito inviolável à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade e os direitos sociais, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

E no capitulo destinado à saúde, a Constituição Federal nos traz os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) que garantem a saúde para todos, conforme a necessidade de cada um. O país inicia assim uma lenta transição do assistencialismo para a elaboração de políticas públicas, regido pela equidade com relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça, na tentativa de diminuir as desigualdades sociais em saúde (BRASIL, 1988).

O SUS é regulamentado pelas Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90, Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que possuem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, de forma gratuita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Resultante de um movimento social que visa uma sociedade com menos desigualdade, na tentativa de ofertar acesso às ações e aos serviços de saúde, na perspectiva da prevenção da doença e na promoção da

saúde, entendida como direito do cidadão e dever do Estado para todos (CARNEIRO JR; SILVEIRA, 2003).

Em busca da garantia desses direitos, alguns eventos impulsionaram a mobilização e organização das pessoas em situação de rua. Em 2004 a Chacina ocorrida na Praça da Sé em São Paulo-SP, e em 2005 o 4° Festival de Lixo e Cidadania em Belo Horizonte - MG, foram marcos importantes para organização do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR).

Em 2005 o Governo Federal, através do MDS e Combate à Fome, promoveu o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Este evento teve como objetivo obter propostas, identificar os desafios e estabelecer estratégias coletivas visando a construção de políticas públicas para essa população. “O massacre de moradores de rua ocorrido na Praça da Sé, em São Paulo, foi o ponto de inflexão determinante para o início do processo de articulação e organização das pessoas em situação de rua no âmbito nacional” (FERRO, 2012).

Uma dessas propostas era a realização de estudos que quantificassem e caracterizassem essa população, para orientar a elaboração de políticas. Com o objetivo de responder a essa prioridade, no período de agosto de 2007 a março de 2008, foi realizada a única Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua por uma ação colaborativa entre UNESCO e o MDS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2006).

Algumas conquistas aconteceram oriundas da organização do MNPR. Entre elas, a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua foi criada como forma de orientar a construção e execução de políticas públicas nacionais, instituída pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, com composição Interministerial, com a participação fundamental de representantes do MNPR, da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada.

A atenção à pessoa em situação de Rua começa a moldar sua forma a partir do Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento da referida política.

Os primeiros passos para a implementação de ações em saúde para população em situação de rua e contribuição para elaboração de política pública nacional especifica foi à portaria n° 3.305, de 2009 que instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua e a publicação do edital de chamamento para projetos de implantação dos dispositivos Consultórios de Rua, para inserção dessa nova modalidade de serviço em municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes.

Em 2010, o município de Goiânia aderiu à proposta de Consultórios de Rua e em 2011 inaugurou o serviço de consultório de rua, vinculado à Divisão de Saúde Mental e a um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) do município: o Girassol. Este serviço contava com o apoio de dispositivos intersetoriais, entre eles, o Conselho Municipal de Saúde de Goiânia (CMS-GYN), da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás, da Rede Goiana de Redução de Danos e Direitos Humanos (REGORD), e da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) de Goiânia (GOIÂNIA, 2010).

O Consultório de Rua de Goiânia teve o objetivo de possibilitar ações de atendimento biopsicossocial prioritariamente às crianças e aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas, em situação de rua, que se encontre em risco pessoal e/ou social, buscando garantir acesso às redes sociais e de cuidados em saúde, através de intervenções nos próprios ‘espaços da rua’ (GOIÂNIA, 2010).

Posteriormente, foi lançado a PNAB aprovada pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que propôs a consolidação da atenção à saúde a população em situação de rua que já era garantida desde a Constituição Federal de 1998, mas ainda não efetivada. Dessa forma, o Ministério da Saúde ao eleger a PNAB como um modelo de política de saúde pública para a população em situação de rua em concordância com as diretrizes da Atenção Básica (AB) e a

lógica da atenção psicossocial, assume a responsabilidade de legitimar a promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e que definiu as equipes de Consultório na rua como ponto de atenção da RAPS foi instituído através da portaria nº 3.088 de 2011.

3.1. Atenção Primária á Saúde

Para este estudo considerou-se importante resgatar a trajetória da construção do conceito de APS no mundo e no Brasil, uma vez que a atenção à saúde para população em situação de rua passou a ser orientada por essa estratégia, no País.

Um dos primeiros documentos que aborda conceitos sobre território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo, referência e a atenção primária como coordenadora do cuidado é o Relatório Dawson. Este relatório foi elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, que também trata da garantia de acesso e da equidade através da organização em redes. Essas concepções influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 e desde então passou a ser referência para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011). Inaugurando um novo marco na organização dos sistemas de saúde contemporâneos, onde saúde se tornou um direito á cidadania.

Um dos eventos que contribuiu para fortalecimento da APS foi a Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, precedida de uma serie de reuniões entre 1977 e 1978 em diferentes partes do mundo e contou com a participação de delegações de 134 governos e de representantes de 67 organizações e agências especializadas das Nações Unidas e entidades não governamentais que mantém relações oficiais com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Desta conferencia resultou a Declaração de Alma-Ata, em 1978 que é um marco para a APS, com a audaciosa meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” com o

objetivo de combater as desigualdades entre os povos (ALMA ATA, 1978).
Com o compromisso de responder a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” foi organizado a Carta de Ottawa resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde.

No Brasil, a APS tem uma história particular, podendo-se disser que ela aconteceu em ciclos, e com o tempo foi evoluindo. Segundo Mendes (2012), o primeiro ciclo foi quando a Universidade de São Paulo (USP) inaugurou os Centros de Saúde, em 1924; O segundo foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no inicio da década de 1940, hoje Fundação Nacional de Saúde.

Na metade da década de 1960, o terceiro ciclo inicia quando as Secretarias Estaduais de Saúde incorporam os programas de saúde pública. O quarto ciclo se deu na década de 1970, com programas de extensão de cobertura que confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. O quinto ciclo se deu no inicio da década de 1980, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 2012).

O SUS, sexto ciclo, houve a municipalização das unidades de AB dos estados que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários e por fim, o sétimo ciclo com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vige atualmente com influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2012).

O debate sobre APS se fortaleceu com o passar dos anos, mudando o cenário da política nacional de saúde, reorientando o modelo assistencial no SUS e

culminando em 2011 com a PNAB que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e cria equipes de atenção básica para população especificas entre elas o consultório na rua (MENDES, 2012).

A AB é porta de entrada para o SUS e se comunica com toda RAS. A organização da RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população visa à equidade de acesso às ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a) .

3.2. Saúde para população em situação de rua

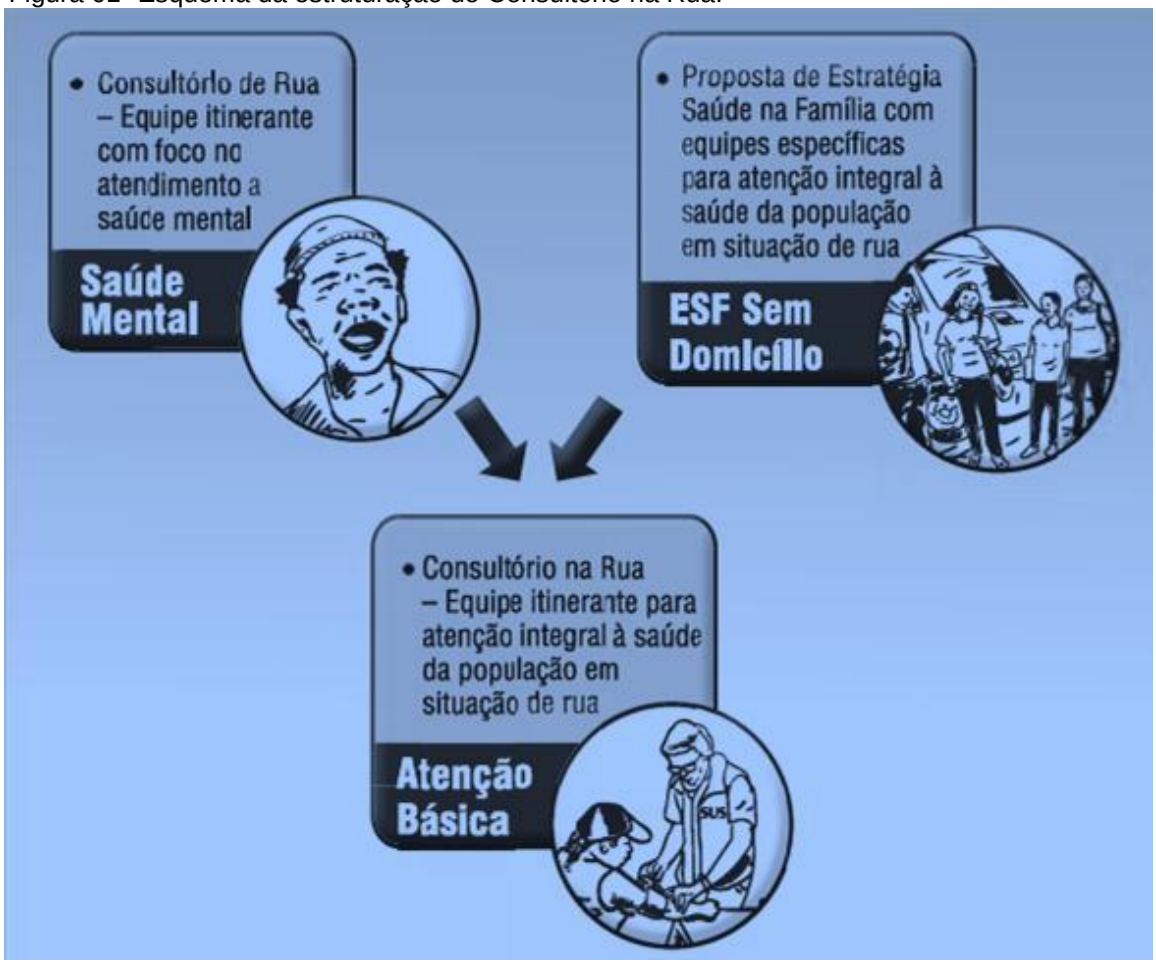
Na tentativa de oferecer saúde para a população de rua nos grandes centros urbanos brasileiros, deu-se inicio a algumas políticas, estruturadas de forma isolada, sendo cada uma com a sua abrangência. Desde a década de 1980 algumas experiências começaram a ser desenvolvidas como: o Consultório de Rua “banco de rua”, em Salvador; o Projeto “A Gente na Rua” e a expansão para Estratégia de Saúde da Família para população de rua, em São Paulo; a Equipe de Saúde da Família sem Domicilio, em Brasília; entre outros. Esses projetos se mostraram promissores na tentativa de ofertar ações e serviços de saúde para essa parcela da sociedade e evidenciaram que a atenção a população em situação de rua necessita de suporte setorial, intersetorial e interníveis, para o êxito da proposta.

O MS, em 2009, propôs o Consultório de Rua como uma das estratégias do PEAD, baseada em experiência já desenvolvida no Brasil e lança o edital para “Seleção de Projetos de Consultório de Rua e Redução de Danos” para implantação de Consultório de Rua. Assim, o projeto do município de Goiânia foi enviado para avaliação do MS.

Em 2011, a mudança do modelo Consultório de Rua para Consultório na Rua (CR), baseado na unificação do Consultório de rua e ESF sem domicilio, foi proposta pelo MS com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a) (Figura 01). Tendo como o argumento que “a Atenção Básica é um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na

rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária na APS as equipes do Consultório na Rua" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.11).

Figura 01- Esquema da estruturação do Consultório na Rua.

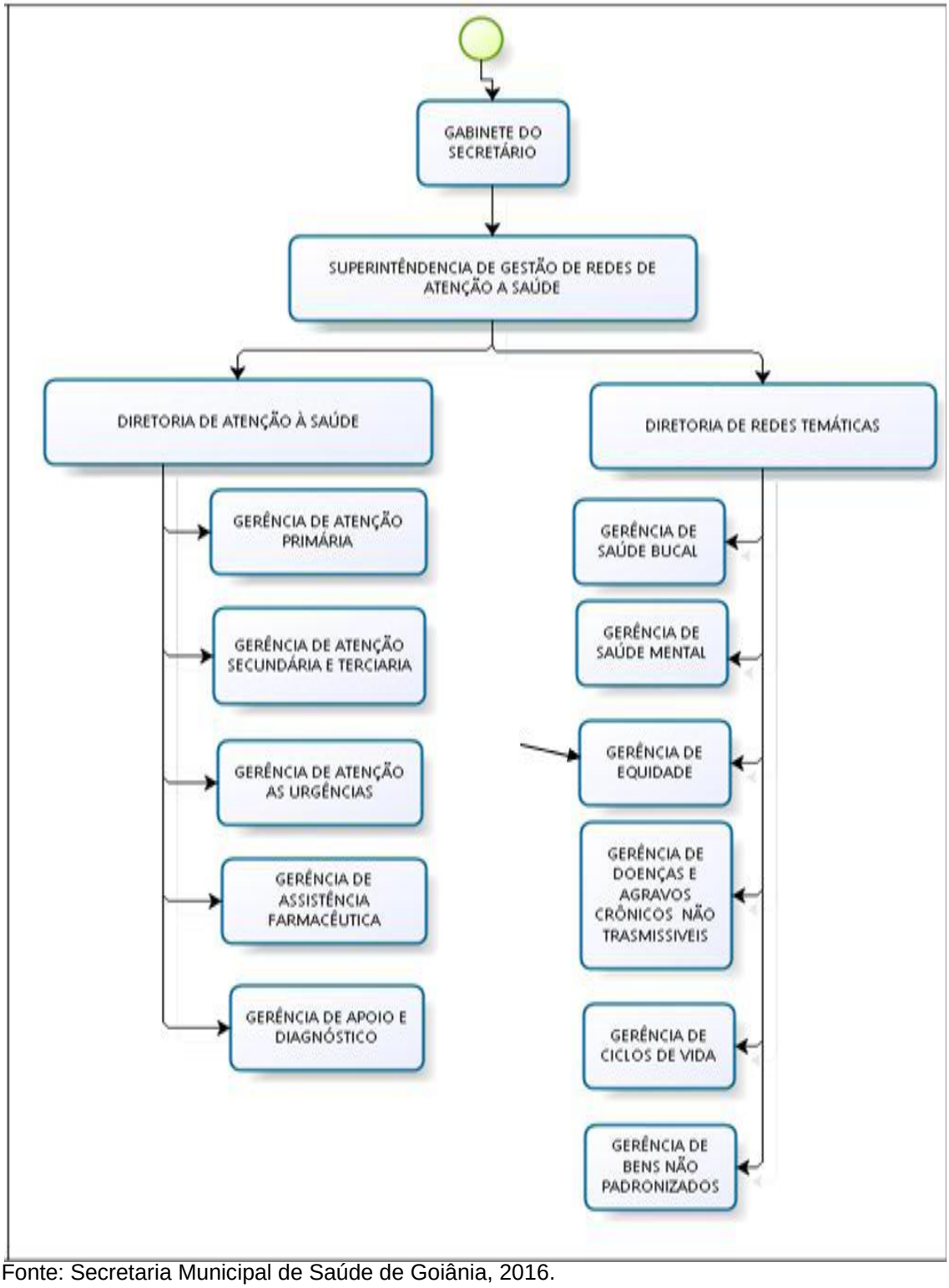


Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012, p.12.

A atenção à saúde da população em situação de rua de Goiânia – GO, teve seu inicio com a implantação do Consultório de Rua que estava vinculado à Gerência de Saúde Mental, após a adesão à PNAB este passou a ser responsabilidade da Gerência de Atenção Primária.

A Prefeitura Municipal de Goiânia através da Lei Complementar Nº 276, de 03 de junho de 2015 dispôs sobre uma nova organização administrativa do Poder Executivo Municipal e estabeleceu um novo modelo de gestão. Nesta nova organização, o CR passou a ser vinculado diretamente a Gerência de Equidade (Figura 02).

Figura 02: Organograma da Superintendência de gestão de redes de Atenção à saúde de Goiânia – GO



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2016.

A portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012, definiu os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por município, dispondo para o município de Goiânia o teto de cinco eCR, contabilizando com

a eCR que migrou de consultório de rua para consultório na rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

A Atenção Primária em Goiânia possui 63 Centros de saúde da Família (CSF), com 187 ESF, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sete Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), duas equipes de Consultório na Rua (eCR), um Centro de Convivência (CC), 22 Centro de Saúde (CS) que atendem atenção básica tradicional. A saúde mental, com 18 unidades especializadas, dentre elas sete CAPS, um pronto socorro de psiquiatria e um ambulatório. Urgência com 14 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e Centros Integral de Assistência Médica Sanitária (CIAMS). Esses serviços funcionam de forma integrada, em RAS e com outras instituições do município, de acordo com as diretrizes do SUS (GOIANIA, 2010).

O município de Goiânia possui duas eCR lotadas no Distrito Sanitário Campinas Centro, no CSF Leste Universitário. As equipes atuam sem território adscrito e sem divisão territorial entre as equipes. Desta forma, uma equipe trabalha em conjunto com a outra. O serviço funciona das sete horas às 19 horas, divididas em turno matutino e vespertino, de segunda feira a sexta feira, e nos sábados das oito horas às 18 horas. Contam com um veiculo plotado e motorista exclusivo para o serviço na realização das atividades *in loco*, e contam com uma sala para guarda de materiais e insumos, onde tem espaço para as reuniões, computador para registro das informações do Sistema de Informação de Controle de Atendimento Ambulatorial (SICAA) / Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB).

4. REVISÃO DE LITERATURA

CAPÍTULO I

4.1. Atenção Primária á Saúde

A APS, no sistema de saúde brasileiro, compreende o primeiro nível de atenção. Tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002). Assim, a consolidação e efetivação do conceito de atenção primária na prática dos serviços de saúde visam resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, organizando os fluxos e os contra fluxos dos usuários na RAS e responsabilizando-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2011).

A importância da APS é consenso, mas o mesmo não ocorre quanto a sua definição. Na Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (1978) apud Starfield (2002, p. 30), conceituou a APS como:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

O conceito de atenção primária se tornou um desafio para ser cumprido por políticas públicas desenvolvidas no país. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p. 7) define:

> [...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e

> sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Ressaltamos também o conceito por Starfield (2002, p. 28)

> A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

O termo “Atenção Primária à Saúde”, ao estabelecer os sinônimos para cuidados primários de saúde, deixa margem à interpretação reducionista da saúde, pois aparece ligado às concepções de pacote básico de serviços, cesta básica de saúde, entre outros, indo ao encontro das críticas sobre as ideias difundidas pelas agências internacionais de racionalização do financiamento em saúde (GIL, 2006 e MELLO; FONTANELLA; PIVA, 2009). As diferentes interpretações do alcance e da finalidade da atenção primária levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde tanto na literatura internacional quanto na nacional (CONASS, 2011).

O governo brasileiro adotou a terminologia Atenção Básica, na busca de resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Os princípios e as diretrizes definidas pela PNAB associam os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, e os considera nas atuais concepções, como termos equivalentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Neste trabalho será utilizada a expressão

Atenção Primária à Saúde, devido ser um termo estabelecido internacionalmente.

A APS no Brasil possui fundamentos e diretrizes definidas na PNAB (Ministério da saúde, 2012c), sendo elas:

I - Ter território adstrito, sempre em consonância com o princípio da equidade;
II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
II - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado e da coordenação do cuidado;
IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;
V - Estimular a autonomia das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e no exercício do controle social.

Entre os marcos teórico-conceituais da APS destaca-se a publicação "*PrimaryCare: Balancing Health Needs, Services, and Technology*", da Professora Barbara Starfield, em 1998, traduzido para língua portuguesa e publicada no Brasil em 2002.

Internacionalmente a publicação da Professora Barbara Starfield trouxe parâmetros para qualificar a APS, isto é, os atributos, que têm sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS. Starfield (2002) define quatro atributos essenciais que devem delimitar a organização da APS, e possuem o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde e dois atributos derivados. São eles:

- Primeiro contato: Refere-se ao acesso, a um ponto de entrada acessível para as pessoas buscam atenção à saúde.
- Longitudinalidade: É a existência de atenção e seu uso ao longo do tempo.
- Integralidade: Os serviços devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade.
- Coordenação da atenção: Garante a continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo.
- Centralização familiar: é um atributo derivado que implica em considerar a família como o sujeito da atenção.
- Orientação comunitária: considera a importância das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.

Quando avaliada a APS não necessita alcançar um perfeito desenvolvimento em todos os quatro atributos essenciais, pois, a justificativa para a necessidade da APS não depende da obtenção de padrões elevados dos atributos (STARFIELD, 2002). É satisfatório demonstrar, apenas, os profissionais habilitados e organizados para oferecer a APS que melhore progressivamente a saúde de uma população com o decorrer do tempo do que por profissionais treinados para enfocar doenças especificas, sistemas do organismo ou mecanismos patogênicos específicos (STARFIELD, 2002).

A APS tem aspectos singulares, inerentes, que a individualizam e distinguem dos demais níveis de atenção. No Brasil, o sistema de saúde está afinado com a APS. Desde a forma como se constituem e se articulam os elementos da APS a como se identificam com os valores e princípios essenciais para estabelecer as prioridades nacionais de um sistema de saúde ressaltando a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público e a solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde (Figura 03).

A RAS, no país, organiza os serviços de saúde no Brasil. sendo definido como arranjos organizativos formados por serviços de saúde com ações de

diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2012c).

Figura 03: Valores, princípios e elementos de um modelo de Saúde baseado na APS e do modelo de saúde adotado pelo Brasil. modificado do quadro da OPS.

SUS - BRASIL - A SAÚDE DA FAMÍLIA	
VALORES Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas de interesse público.	Universidade
	Eqüidade
	Integralidade
	Participação e controle social
PRINCÍPIOS Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.	Territorialização
	Intersetorialidade
	Carater substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)
	Equipes multiprofissionais
	Baseado nas necessidades e expectativas das populações
	Voltado para a qualidade de vida
ATRIBUTOS (OU ELEMENTOS OU CARACTERÍSTICAS DA APS) São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.	ÚNICOS DA APS: Primeiro contato integralidade longitudinalidade coordenação
	Derivados dos anteriores
	Enfoque na pessoa (não na doença) e na família
	Valorização dos aspectos culturais
	Orientado para a comunidade
	Não únicos da APS, mas essenciais:
	Resgitro adequado
	continuidade de pessoal
	Comunicação
	Qualidade clínica
	Defesa da clientela (advocacia)

Fonte: CONASS Para entender a gestão do SUS, 2011, p 20.

A RAS tem como funções (BRASIL, 2012c):

- Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, com necessária participação no cuidado;
- Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e

coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas;

- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; e
- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012c).

CAPÍTULO II

4.2. Consultório na Rua

Antes de qualquer coisa, temos que conceituar a população em situação de rua que é definida pela política como:

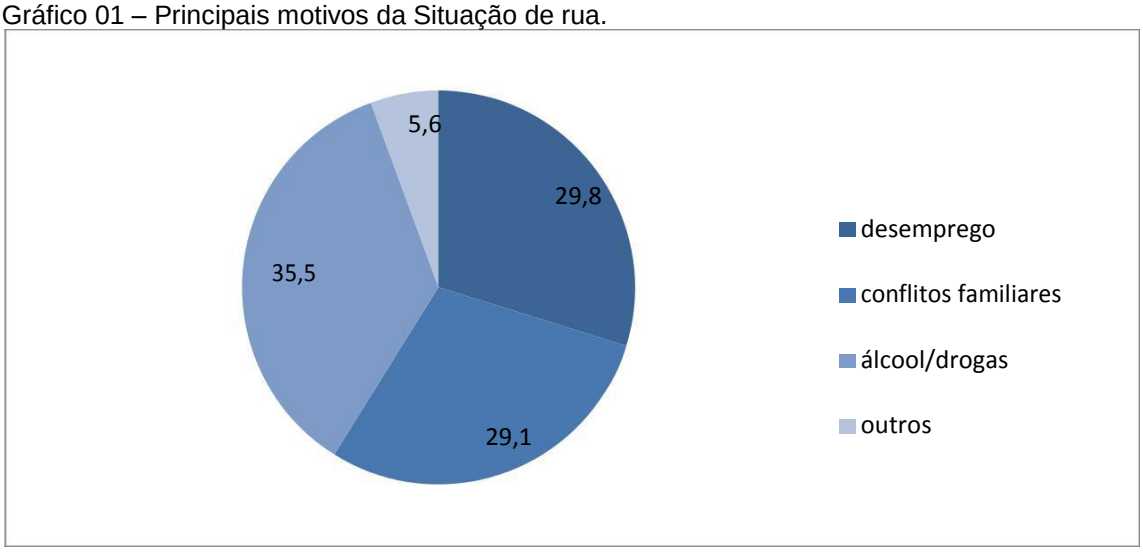
> Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória
> (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008, p. 9).

A pesquisa nacional censitária e por amostragem da população em situação de rua no Brasil realizou um levantamento nacional e caracterizou as pessoas com 18 anos completos ou mais vivendo em situação de rua, em municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes, nas capitais de estado e o Distrito Federal. Desta forma, 71 cidades foram selecionadas, sendo 23 capitais e 48 municípios. Foram excluídos os municípios que haviam realizado

levantamento semelhante, entre elas: Belo Horizonte - MG, São Paulo - SP, Recife - PE e Porto Alegre – RS (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

A caracterização da população em situação de rua encontrada no país foi: o predomínio do sexo masculino, 82%. Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se refere aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (Gráfico 01). Os trabalhadores representam 70,9%, entre as principais atividades: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%) e limpeza (4,2%). 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

Gráfico 01 – Principais motivos da Situação de rua.



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasil, 2008.

Os principais problemas de saúde estão relacionados à saúde mental e doenças crônicas e transmissíveis. Quando doentes 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência e em segundo lugar, 27,4% procuram o posto de saúde (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

A equipe de Consultório na Rua (eCR) de Goiânia em 2015 consolidou o perfil da população usuária do consultório na rua e os encaminhamentos/ acompanhamentos realizados pela eCR, entre março de 2011 a dezembro de 2014. No momento foram pesquisadas as informações em todos os prontuários abertos pela eCR, durante o período referido, o que totalizou pesquisa em 535 prontuários. O perfil identificado foi: 69% dos pacientes pertencem ao sexo

masculino, os principais problemas de saúde referidos e/ou diagnosticados pela eCR, foram as violências citadas por 60,6%. O uso abusivo de álcool e outras drogas foram relatados por 65,5% dos usuários (GOIÂNIA, 2015).

Conhecendo a complexidade dessa população e para oferecer um serviço de assistência à saúde resolutivo foi esboçado, segundo relatório do Ministério da Saúde, os Consultórios de Rua que podem ser conceituados como:

> Uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 10).

Enquanto a proposta da Política Pública do CR é:

> [...] política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.11).

A eCR é multiprofissional e presta atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua. O MS descreve que as atividades desenvolvidas são realizadas de forma itinerante, trabalhando de forma integrada e compartilhada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A composição do CR irá depender das modalidades descritas pelo MS, sendo elas:

- modalidade I: quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois nível médio;
- modalidade II: seis Profissionais, sendo três de nível superior e três de nível Médio;
- modalidade III que consiste a mesma configuração profissional da modalidade II acrescido do profissional médico.

O MS define as seguintes profissões que podem compor as equipes de Consultório na rua:

> Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio. O Agente Social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.13).

Entende–se por Agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Os Consultórios na Rua desenvolvem ações compartilhadas e integradas com a RAS de acordo com a necessidade do usuário, com o intuito de ampliar o acesso e oferecer os serviços oportunamente, funcionando em qualquer dia da semana e horário e atendendo minimamente o quantitativo de oitenta e no máximo mil pessoas em situação de rua por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo é de natureza qualitativa, pois, de acordo com Minayo (2000), busca responder a questões muito particulares, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes visando compreender a realidade humana vivida socialmente. Um segundo aspecto distinto da pesquisa qualitativa, e um dos seus pontos chaves, é que ela estuda pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais (POPE, C.; MAYS, N., 2009).

A pesquisa se caracteriza como descritiva por buscar descrever um fato, um problema ou um fenômeno. Segundo Santos (1999), a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas que são componentes do fato, do problema ou do fenômeno em estudo. O estudo descritivo procura abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social.

4.2. Local do Estudo

O cenário de estudo refere-se ao Município de Goiânia, uma capital em pleno desenvolvimento, com grande demanda nos serviços de saúde e atualmente considerada como polo de atendimento em saúde para o Estado de Goiás. Localizada na região central do Brasil, aproximadamente 200 km de Brasília - capital Federal é considerada uma das regiões de maior desenvolvimento do país (ROSSO, 2008). Com população de moradores de rua de 351 pessoas, segundo censo realizado pelo Núcleo de Estudos sobre Criminalidade e Violência (NECRIVI) da Faculdade de Ciências Sociais (FCS/UFG) junto com a Prefeitura de Goiânia (2016).

O estudo foi realizado no CR da Secretaria Municipal de Goiânia, capital do Estado de Goiás.

4.3. População do estudo

A população do estudo é composta pelos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do CR do município de Goiânia. Como critérios de inclusão neste estudo participaram os profissionais de saúde lotados no CR da

SMS de Goiânia - GO. Como critério de exclusão os profissionais que estavam de férias ou licenças na época da coleta de dados ou não aceitaram participar da pesquisa. Participaram da pesquisa oito profissionais da equipe do Consultório na Rua do município.

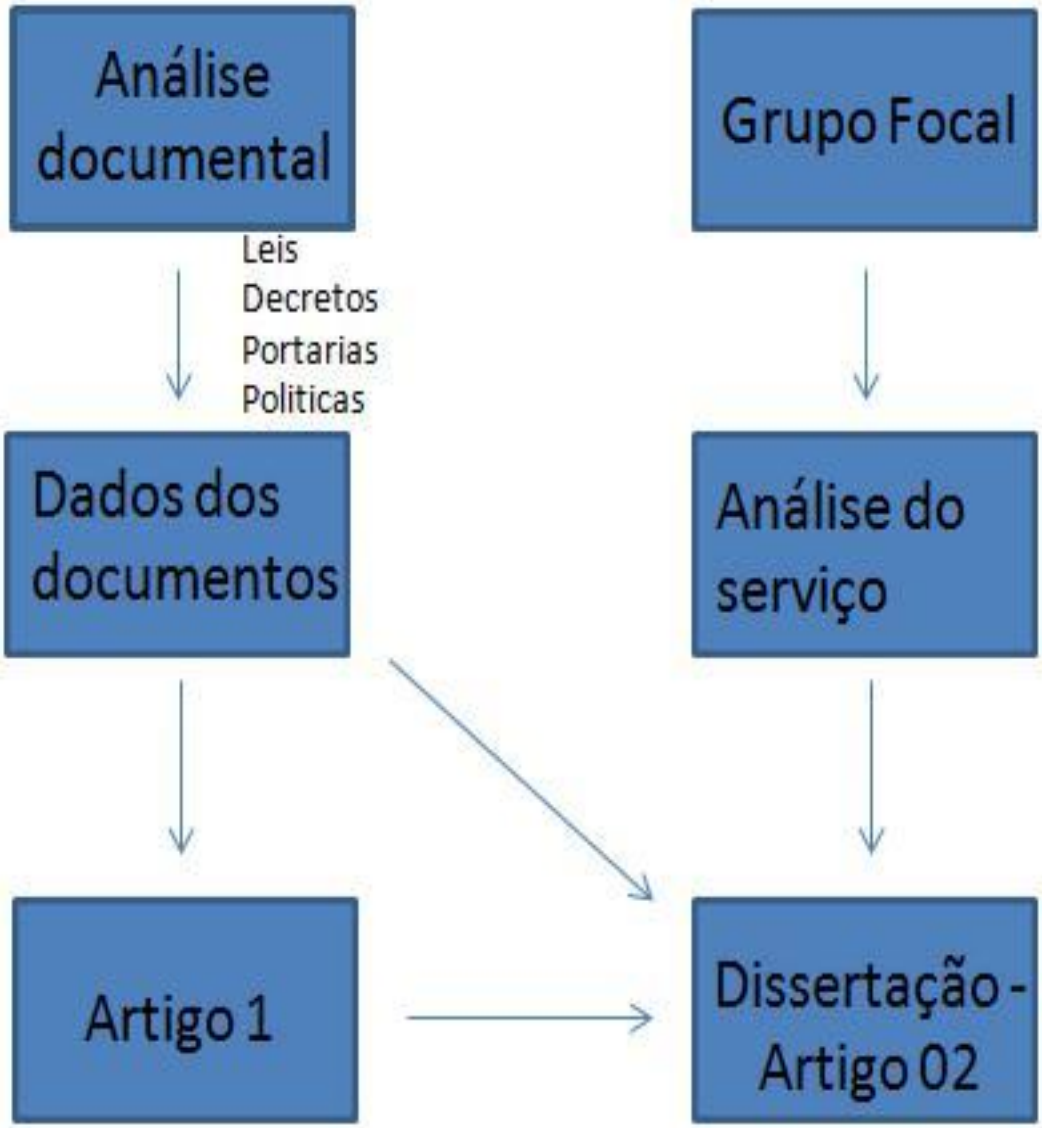
4.4. Aspectos Éticos:

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos Leide das Neves Ferreira (CEEPP-LNF) e aprovado pelo parecer consubstanciado n° 1.439.800 (Anexo 01).

O desenvolvimento teve inicio após parecer favorável e mediante conhecimento, de nossos objetivos, concordância e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01) pelos participantes da pesquisa, de acordo com a Resolução n° 466 / 2012 que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos.

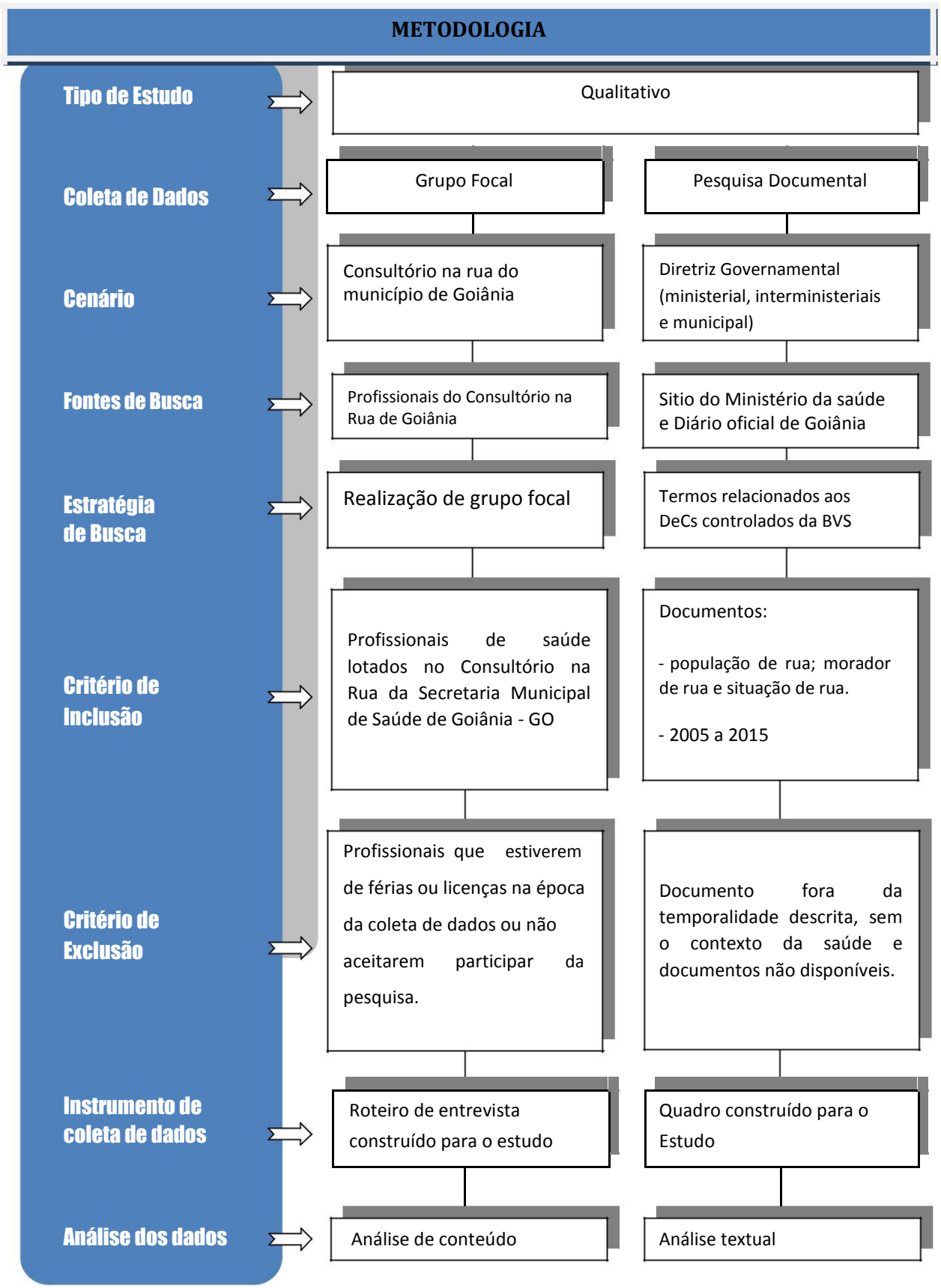
Os nomes dos participantes foram substituídos por nomes de avenidas e rua importantes do município de Goiânia, para preservar o anonimato dos sujeitos, bem como a privacidade. Assim, os sete profissionais receberam os seguintes nomes: Avenida Anhanguera, Avenida Independência, Avenida Paranaíba, Avenida Goiás, Avenida Tocantins, Rua 04, Avenida 85 e Avenida Universitária.

Figura 04 – Etapas do estudo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Figura 05 - Metodologia do estudo.



Se essa rua, Se essa rua fosse minha Eu mandava, Eu mandava ladrilhar Com pedrinhas, Com pedrinhas de brilhante Para o meu, Para o meu amor passar.

Nessa rua, Nessa rua tem um bosque Que se chama Que se chama solidão Dentro dele, Dentro dele mora um anjo Que roubou Que roubou meu coração Se eu roubei, Se eu roubei teu coração Tu roubaste, Tu roubaste o meu também Se eu roubei, Se eu roubei, teu coração Foi porque, Só porque te quero bem.

(Cantiga Popular)

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados foi possível analisar a transição do Consultório de rua para Consultório na rua em Goiânia - Goiás, bem como Identificar as Políticas Públicas Nacionais e do município de Goiânia – GO que versam sobre a saúde da população em situação de rua.

Os resultados dessa dissertação serão apresentados na forma de dois artigos. A seguir apresento o título, os autores, a revista e a situação de cada manuscrito:

• Artigo 1

Título: Consultório na rua: da vulnerabilidade à inclusão.

Revista: Revista Eletrônica de Enfermagem.

Situação: Artigo em fase de revisão para ser encaminhado ao periódico.

• Artigo 2

Título: CMYK: Nuances do Consultório na rua.

Revista: Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Situação: Artigo em fase de revisão para ser encaminhado ao periódico.

Consultório na rua: da vulnerabilidade à inclusão.

Mariane Rocha[1], Edsaura Pereira[2], Mary Anne França[3]

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás, Brasil. enfermeirabenjamin@gmail.com

[2] Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, UFG. edsauramaria@gmail.com

[3] Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás. maryanne_sa@hotmail.com

Resumo: Objetivou-se identificar as Políticas Públicas em âmbito nacional e no município de Goiânia que versam sobre a saúde da população em situação de rua. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, por meio do método de análise documental. As diretrizes governamentais foram pesquisadas no sitio eletrônico do Ministério da Saúde e no Diário oficial do município de Goiânia, de 2005 a 2015. Os documentos foram selecionados pela pertinência em abordarem políticas públicas voltadas para a população de rua. A vulnerabilidade vivenciada pelas pessoas que vivem em situação de rua propicia o surgimento e/ ou agravamento de problemas de saúde que em outras circunstancias teriam a cura ou o controle. Nesse estudo foram identificados 19 diretrizes governamentais e evidenciou-se que após o lançamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, o desenho desta oportuniza o início da inclusão desse grupo populacional no contexto saúde, favorecendo a diminuição das desigualdades em saúde.

Descritores: Pessoas em situação de rua; Políticas Públicas; desigualdades em saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: This study aimed to identify public policies at the national level in Goiânia that deal with the health of the homeless. This is a qualitative research through the document analysis method. Government guidelines were searched in the electronic site of the Ministry of Health and in the official Goiania Journal from 2005 to 2015. The documents were selected for relevance in addressing public policies for the homeless. The vulnerability experienced by people living on the streets provides the appearance and / or worsening health problems that in other circumstances would have cure or control. In this study we identified 19 government guidelines and showed that after the National Politic for the population in street situation, the design of this politic favors the inclusion of this population in the context of health, favoring the reduction of health inequalities.

Keywords: Homeless Persons; Public Policies; Health Inequalities; Primary Health Care.

Introdução

A discussão sobre desigualdades sociais em saúde que ocorreu após a década de 1970 e ganhou espaço em vários países do mundo, com o intuito de desenvolver políticas públicas para garantir os direitos de cidadania aos grupos vulneráveis. Por desigualdade entende-se a “distância” social entre os mais ricos e os mais pobres em uma dada situação. As desigualdades sociais são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade (CAMPOS, 2005). Desigualdade e pobreza são conceitos distintos, mas igualmente associados ao de exclusão social.

Em 1980, na Inglaterra, a publicação do relatório final do Research Working Group on Inequalities in Health também conhecido como “Black Report”, apontou que problemas de saúde não diminuíam após a criação do Sistema Nacional de Saúde e esse evento estava atribuído às desigualdades sociais que influenciam a saúde: renda, educação, habitação, alimentação, emprego e condições de trabalho e recomendou medidas estratégicas de política social para combater as desigualdades na saúde (GRAY, 1982).

Para Starfield (2002) as características ambientais de uma comunidade são fatores determinantes da sua condição de saúde, bem como, das demais características próprias dessa população. Influenciada também pelas condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis. Desta forma, estudar as desigualdades e como equacionar as demandas de saúde desta população especifica mostra-se promissora.

> Na verdade, embora o estudo das desigualdades em saúde não seja novo, as profundas mudanças institucionais e sociais decorrentes dos processos de globalização, da crise da condição salarial e da erosão da cidadania nas últimas décadas repercutiram nos perfis de morbidade e mortalidade da população e evidenciaram os limites do cuidado à saúde e das práticas assistenciais (MAGALHÃES, 2006 p. 668)

Neste contexto intensifica a discussão sobre justiça, equidade e inclusão. A Teoria da Justiça, de Rawls (1971) se fundamenta na concepção moral elaborada para as instituições políticas, sociais e econômicas, pautadas em liberdade e igualdade. E em 1992, o autor publica Justiça como Equidade,

onde resgata a justiça para uma democracia constitucional que é razoavelmente sistemática e praticável, como alternativa para o utilitarismo predominante em nossa tradição de pensamento político (RAWLS.1992).

Desta forma, quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, consequentemente de saúde, da sociedade de uma forma geral e do indivíduo e sua família em particular (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005), tornando a desigualdade um indicador que reflete a saúde de uma população.

As desigualdades sociais como desencadeadoras do processo saúde doença tem ganhado visibilidade principalmente sob a ótica da exclusão social e geralmente associada a estigma, preconceito e discriminação (MONTEIRO; VILLELA, 2013). Nesse contexto “A equidade vem sendo reiterada como uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde” (PAIM, 2006).

Para Monteiro (2013), compreender as conexões entre condições de saúde, estigma e as diversas formas de discriminação, faz-se necessário ir além da discriminação das experiências individuais e levar em conta marcadores sociais da diferença que historicamente produzem desigualdades. Assim, pensar saúde para uma população especifica como a de rua, requer reconhecimento e conhecimento das necessidades peculiares desta população.

Viver em situação de rua é um problema que ultrapassa a falta de moradia, sendo que, as pessoas que vivem nestas condições, estão entre os grupos mais marginalizados e excluídos da sociedade quando comparados às demais populações socialmente vulneráveis (BARATA, et al, 2015).

É importante considerar população em situação de rua como uma questão social para a área da saúde, pois as condições de vida das pessoas em situação de rua determinam processos de saúde-doença-cuidado muito diferenciados, demandando novos arranjos tecnoassistenciais e políticas públicas especificas (JUNIOR; CREVELIM, 2010). A população em situação de rua pode ser definida como:

> Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2008, p. 09)

Para pensar em saúde para grupos sociais “excluídos”, é imprescindível realizar articulações, que permitam que a ação de saúde não seja apenas pontual, no sentido de avaliar um sofrimento agudo, mas, que sirva de instrumento de resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania, da dignidade humana e do centro afetivo-intelectual do indivíduo (JUNIOR; SILVEIRA, 2003).

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, com a ambiciosa bandeira de “saúde para todos no ano 2000”, salienta a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde na busca pelo objetivo comum da saúde. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 embutiu em seu texto estratégias para reduzir as iniquidades em saúde trazendo a equidade como forma de melhorar o acesso a serviços de saúde. Desde então o termo “equidade” tem sido comumente usado no Brasil e representa um grande desafio para se efetivar em uma sociedade com extrema desigualdade social.

Em 2011, o MS publicou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que dentre outras formulações, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, das pessoas de uma comunidade (BRASIL, 2012). A PNAB cria como dispositivo o serviço de Consultório na Rua e orienta seu funcionamento.

De acordo com a PNAB, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Desta forma, na busca da efetivação de direitos, políticas públicas em saúde devem ser implementadas levando em consideração as necessidades dessa população. Políticas em saúde, em suma, é a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

O protagonismo dos novos atores políticos na promoção de grandes transformações ocorridas no quesito atenção à saúde da população em situação de rua se torna evidente. A população em situação de rua debate suas demandas em fóruns apoiados por entidades que trabalham com esse grupo populacional e movimentos organizados por eles próprios, reivindicando temas prioritários, entre eles, direitos sociais, a segurança, a moradia, o trabalho, a saúde (CANÔNICO, et al 2007).

As políticas públicas compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores e geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas (RUA, 2009). Estas Políticas são resultantes de uma negociação complexa entre os atores políticos.

Inicialmente as ações em saúde para pessoas em situação de rua, estavam voltadas para o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Os primeiros projetos foram instituídos num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações junto aos usuários de drogas (ANDRADE, 2011). A vulnerabilidade social em particular das pessoas em situação de rua, com uso problemático de crack, álcool e outras drogas revela a necessidade de uma política que integrasse a atenção à saúde.

Para caracterizar a vulnerabilidade e a exposição aos agravos à saúde de um grupo social, é imprescindível pensar nas desigualdades sociais, dando ênfase aos “ciclos de vida” e trajetórias singulares desses grupos (MAGALHÃES, 2006). Com desenvolvimento das ações em saúde propostas pela política, se

torna claro a necessidade de ampliar a carteira de serviço para essa população.

A trajetória das conquistas em saúde para a população em situação de rua teve um percurso único. Desta forma, o objetivo desse trabalho é identificar as Políticas Públicas em âmbito nacional e no município de Goiânia- GO que versam sobre a saúde da população em situação de rua.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, através do método de análise documental. O método de analise documental foi escolhido com a finalidade de fazer uma retrospectiva e resgate do arcabouço legal identificando as diretrizes governamentais que se referem a saúde da população em situação de rua. Foram consideradas diretrizes governamentais os documentos em forma de decretos, portarias, publicações e programas editados pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, bem como documentos interministeriais e intersecretarias. Acrescenta-se também a identificação de materiais educativos.

A pesquisa se deu em dois diferentes sítios eletrônicos: do MS e do Diário Oficial do município de Goiânia, na temporalidade 2005 a 2015, usando descritores (DeCs) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): população de rua, pessoas em situação de rua e morador de rua.

A busca se deu por materiais sem tratamento analítico, que sejam marcos político e legal e possuam como tema central a saúde das pessoas em situação de rua.

No sítio do Ministério da Saúde a pesquisa foi realizada por meio de busca no Portal da Legislação do Governo Federal e na BVS. Nas buscas citadas, algumas diretrizes governamentais voltadas para a saúde da população em situação de rua amplamente conhecidas não tinham sido evidenciadas, levando a realização de uma terceira busca, desta vez, na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica (DAB).

No Diário Oficial do município de Goiânia as buscas se deram no site da Prefeitura Municipal de Goiânia, no seguinte caminho: diário oficial – por assunto, usando os descritores específicos e o período adotado.

Para análise, as diretrizes encontradas nesta pesquisa foram categorizadas em: decretos, portarias, publicações, programas e material educativo.

Figura 01: Análise dos dados

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Portal da Legislação do Governo Federal foi encontrado um documento. que se enquadra na proposta deste estudo.

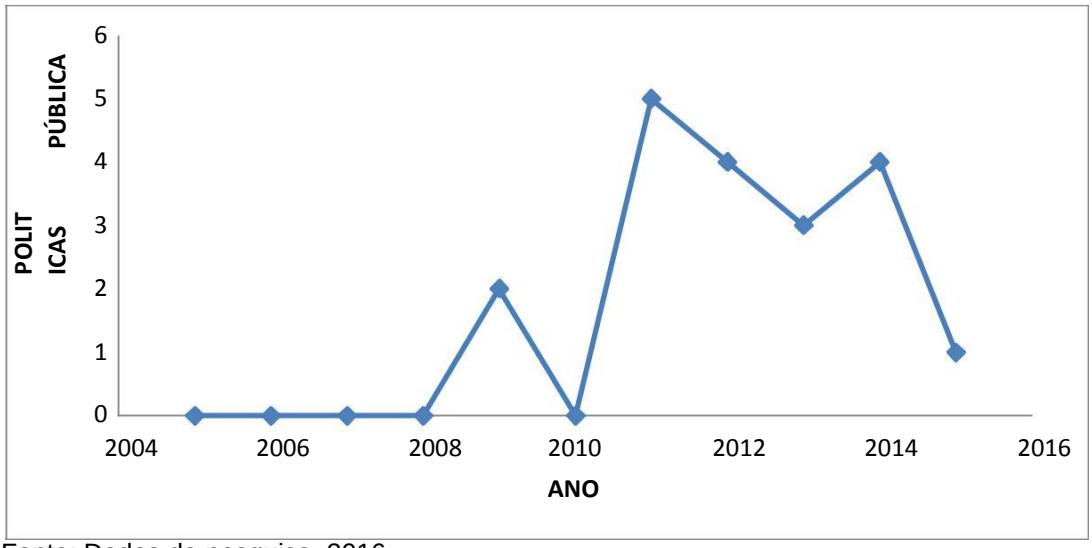
Na BVS encontrou-se 11 materiais educativos, porém quatro não estavam disponíveis para acesso. Os materiais encontrados foram selecionados por tipo: um folder, dois cartazes, três livros e um folheto. Todos apresentavam temáticas voltadas para saúde da população em situação de rua.

Após as buscas, a lacuna de alguns documentos podia comprometer a contextualização adequada do proposto pelo estudo, assim foi realizado uma busca no site do Departamento de Atenção Básica (DAB), na página do programa Consultório na Rua, foram encontradas, no ícone de legislação específica, seis portarias, todas voltadas para o tema. E a busca por duas portarias: n° 3305/2009 e n° 3088/2011 que complementam o contexto político que se referem a saúde da população em situação de rua .

No sitio eletrônico da Prefeitura Municipal de Goiânia encontrou-se na busca 46 documentos e somente dois se enquadraram na proposta deste estudo.

Após a busca, a avaliação preliminar e seleção das diretrizes governamentais resultaram 18 documentos (Figura 01), que retrata a produção de Políticas Públicas Nacionais e do Município de Goiânia entre o período de 2005 a 2015.

Gráfico 01: Produção de Políticas Públicas Nacionais e do Município de Goiânia



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Resultados e Discussão

Incluindo: desenhando a política

O desenho político em saúde para as pessoas em situação de rua tem como eixo principal a inclusão como um gatilho para efetivação da garantia de direitos à saúde.

O início desse desenho se dá pela edição da Política Nacional para a população em situação de rua instituído pelo Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Esta Política tem seus princípios pautados, além da igualdade e equidade no respeito à dignidade da pessoa humana, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. O principal objetivo dessa Política é assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

O Decreto nº 7053 também institui o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a população em situação de rua. O Comitê é composto por representantes da sociedade civil e por representantes das seguintes secretarias: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério dos Esportes e Ministério da Cultura. Os membros deste Comitê têm como responsabilidade elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da política, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política, desenvolver indicadores para o monitoramento e avaliação das ações.

No intuito de organizar o serviço de saúde para atender a população em situação de rua a Portaria n° 3305/2009 institui-se o comitê técnico de saúde para população em situação de rua. Este comitê propõe ações que visam garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde. E compete ainda, a este Comitê, elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS, participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do MS no que se refere à saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2009).

Para garantir atenção integral à saúde da população em situação de rua a PNAB por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 trás um capitulo específico para discutir da saúde da população em situação de rua. A PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) bem como, e população em situação de rua.

Esta Política foi um divisor de águas para a assistência a saúde da população em situação de rua, pois até então o que garantia a assistência à saúde desta população era a premissa de universalidade, integralidade e equidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta Política é lançada mão das equipes de atenção básica para populações especificas, sendo uma delas a equipe de Consultório na rua (eCR), que são compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Com a publicação desta Política muitos questionamentos foram suscitados. Como acontecerá a atenção à saúde desta população? De que forma as equipes atuarão? Como fica a situação do município que já possui Consultório de rua ou similar? Essas definições foram descritas nas portarias nº 122 de 25 de janeiro de 2011 e a nº 123 de 25 de janeiro de 2011.

A portaria n° 122/2011, descreve as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, um documento amplo que apresenta desde a função e composição das equipes até a forma de custeio. As atividades das eCR incluem a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas e as atividades da equipe acontecem in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário e quando necessário, as instalações das UBS do território.

As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades:

- modalidade I: quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois nível médio;
- modalidade II: seis Profissionais, sendo três de nível superior e três de nível Médio;
- modalidade III que consiste a mesma configuração profissional da modalidade II acrescido do profissional médico.

Os profissionais que podem compor as equipes de Consultório na rua são Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio. Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações.

O agente social ao ser incluído na equipe, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua e trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas. Desta forma, é imprescindível dominar conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Constitui-se como atribuições a estes agentes desenvolver atividades educativas e culturais, bem como dispensar insumos de proteção à saúde, encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial e acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua.

Ainda sobre esta Portaria o técnico em saúde bucal na eCR deverá ser supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma ESF ou a outra equipe de atenção básica correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima, conforme definição da gestão local. A supervisão do cirurgião-dentista, seja de forma, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal.

A portaria n° 123 define os critérios de cálculo do número máximo de eCR por Município baseado nos censos populacionais relacionados a população em situação de rua. Os noventa e dois Consultórios de Rua que existiam no Brasil antes da PNAB de acordo com o interesse da gestão, puderam ser migrados para o eCR.

A Portaria n° 3088 de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e cita como um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica (AB) as eCR.

Em setembro de 2013 a Portaria nº 1.922 altera alguns dispositivos da Portaria nº 122/2011 redefinindo o financiamento das eCR.

As categorias profissionais que podem compor as eCR em suas diferentes modalidades foram ampliada por meio da Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014, sendo incluídos o cirurgião dentista, profissional/ professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

Após pouco mais de 01 ano os valores do incentivo de custeio repassados por equipe tiveram reajuste através da Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014 que fixa o valor referente às eCR conforme as modalidades.

O município de Goiânia, aderindo à proposta nacional, obtém a aprovação do plenário do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia do projeto Consultório de Rua, pela Resolução 033/2013. O objetivo do projeto é possibilitar ações de atendimento biopsicossocial prioritariamente ás crianças e aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas, em situação de rua, que se encontre em risco pessoal e/ou social, buscando-se a garantia de acesso ás redes sociais e de cuidado em saúde, por meio de intervenções nos próprios “espaços da rua”.

A inexistência de fluxos e protocolo intersetorial de atendimento para a população em situação de rua entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) levou as Secretarias Municipal de saúde e a de Assistência social a assinarem um termo de compromisso através da Portaria Nº 077/2014 no que tange ao atendimento à População em situação de rua no âmbito de suas competências, narrando os direcionamentos necessários para o atendimento as demandas dessa população.

Na realidade não existe um processo acabado, mas sim um continuado movimento de interação entre uma política em mudança, um arcabouço de

relações complexas e um mundo exterior não apenas complexo, mas, também, ativo (RUA, 2009).

Reconhecendo as vulnerabilidades

Uma das grandes preocupações em ofertar uma política pública especifica para população em situação de rua é a tentativa de responsabilizar e articular os serviços de saúde para aproximar o olhar sobre as vulnerabilidades inerentes dessa população. A população em situação de rua é caracterizada pelo aumentado risco de exposição às doenças, agravos e violências, pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde e socioassistenciais de forma oportuna e resolutiva e, ainda, a fatores não controláveis, como impaciência e sensações de discriminação em salas de espera, bem como possíveis incompatibilidades das longas esperas para o atendimento (GOIÂNIA, 2014).

Algumas publicações encontradas abordam questões de saúde que esta população está exposta. Uma destas publicações é o livro: “Tuberculose e população vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro: estudo de prevalência e proposta de adesão ao diagnóstico e tratamento” de 2011, Organizado pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

A vulnerabilidade vivenciada pelas pessoas que vivem em situação de rua propicia o surgimento e/ ou agravamento de problemas de saúde que em outras circunstancias teriam a cura ou o controle. Para Aristides e Lima (2009) os moradores de rua vivem um processo saúde-doença permeado pela hostilidade das pessoas, violência, estresse, más condições de alimentação e higiene, convivência com a aglomeração de pessoas e do acesso à saúde dificultado, e relatam com frequência doenças psiquiátricos, tuberculose e HIV/AIDS. O livro “Tuberculose e população vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro: estudo de prevalência e proposta de adesão ao diagnóstico e tratamento” e “O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua” aproximam-se de temas críticos em saúde que esta população está sujeita.

O livro “O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua” de Angela Maria Pagot foi lançado em 2012 e aborda a

relação da cidade com os loucos, em especial os chamados ‘loucos de rua’. A autora demonstra que ao articular a loucura e as respostas sociais dadas a ela, faz-se necessário falar da rua e da cidade que cruza e gera tanto o modo de agir com a loucura como influência e é determinada pelos modos de assistência desenvolvidos pela Saúde Mental.

Nesse sentido a PNAB implantou o serviço consultório na rua, como forma de integrar as ações em saúde já desenvolvidas na dialética da atenção psicossocial e agregar a atenção integral ao individuo em situação de rua. Esta política inaugura um novo marco na atenção à saúde da População em Situação de Rua no SUS, pois a atenção básica constitui-se um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde.

Novos desafios

A PNAB é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. A publicação do documento orientador da PNAB em 2012 reúne os anexos da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que norteia a Política de saúde específica para a população em situação de rua em todo país.

Em 2012 foi lançado o “Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua” pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esse manual efetiva a inserção do serviço Consultório na Rua no SUS, definindo as eCR como porta de entrada prioritária na AB.

A cartilha “Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano” foi editada em 2014 pelo Ministério da Saúde. Esta tem como objetivo expor diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua e de combater o preconceito em relação a essa população no SUS garantindo seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado.

Por uma mídia cidadã

Diferentes materiais educativos foram identificados. Os folhetos, cartazes e folders se apresentam com layout colorido e linguagem informal, onde informações sobre direitos, equidade, cuidado em saúde são abordados no intuito de diminuir distancias e formar novos conceitos.

Em 2012 foi lançado o Cartaz “Saúde da população em situação de rua: uma questão de equidade” e no ano seguinte um folder com o mesmo tema, direcionado para população geral, onde convida a reflexão de o que leva uma pessoa a morar na rua, orientando a população a conhecer a legislação direcionada para essas pessoas e propõe a construção de propostas de atenção à saúde direcionada para esse público.

O cartaz: “Cuidar bem da saúde de todos. Faz bem para a população em situação de rua**.** Faz bem para o Brasil” informa a população em situação de rua o seu direito à saúde integral, humanizada e de qualidade no SUS. Ressaltando que o atendimento é de graça e deve ocorrer independentemente da roupa, do uso de álcool ou outras drogas, das condições de higiene ou da falta de documentação.

Considerações finais

Após anos de luta, os movimentos sociais e populares para saúde obtiveram legitimidade através da Constituição Federal de 1988. Com esse movimento surgem novos atores políticos, resultado da organização em busca da garantia de direitos, no intuito de pressionar o sistema político. A necessidade de garantir o direito adquirido se torna um desafio para alguns grupos específicos, visto que as minorias não se sentem contempladas, em decorrência da tríade social: estigma, preconceito e discriminação.

Tendo em vista todo o contexto que a população em situação de rua está envolto, tentar sensibilizar a população, os profissionais de saúde e as próprias pessoas em situação de rua sobre seus direitos e deveres, corrobora para a consciência da autonomia de um direito que é básico, a saúde.

Pouco se falava de atenção à saúde para população em situação de rua antes de 2009, ano que foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, desta forma podemos considera-la o ponto inicial para

desenhar a Política de Saúde para essa população. Assim, a situação de rua, considerada um grave e complexo problema social começou a ter espaço e sua população a ter voz.

Quando a saúde se aproxima do fenômeno ele ganha uma nova dimensão, e as necessidades que sempre existiram se tornam reais.

Foram identificadas políticas publicas que individualizaram as especificidades deste grupo populacional no intuito de avalizar o atendimento integral á saúde e incluir o grupo no contexto saúde, fazendo prevalecer o proposto pelo SUS nas suas diretrizes, e desta forma, diminuir as iniquidades.

A política em saúde para a população em situação de rua foi aprimorando com o passar do tempo e cada nova publicação contribuiu para a organização do seu desenho no papel, de forma que, as dificuldades vivenciadas na pratica muitas vezes se dão devido à falta de bom senso nas micropoliticas.

Faz-se necessário novas legislações, descritas com detalhes e clareza, para conseguir ser implementado, seja com naturalidade ou após desnecessário conflito, exemplo é o termo de compromisso pactuado entre as Secretarias de Assistência Social e de Saúde do município de Goiânia através da Portaria n°077/2014 onde é acordado soluções para os pontos críticos que interferem no atendimento das demandas da população em situação de rua no âmbito de suas competências.

A exclusão é a forma mais aparente de ingerência do Estado. Na tentativa de incluir, o estado mostra a sua incapacidade de garantir os princípios doutrinários do SUS: Integralidade, equidade e universalidade.

Houve dificuldade em citar autores que tratassem sobre desigualdades em saúde e equidade com foco as pessoas em situação de rua mais recentemente. As pesquisas abordam as especificidades em detrimento do todo, é interessante que mais pesquisas sejam desenvolvidas destinadas a estudar as desigualdades sociais e em saúde para essa população especifica.

Referencias

ANDRADE, Tarcísio Matos. **Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

ARISTIDES, J L; LIMA, J V C. **Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina**: aspecto do viver e do adoecer. Espaço Saúde v. 10 n. 2 ,p. 43 – 52, jun. 2009.

BARATA, R B; JUNIOR, R C; RIBEIRO, M C S A; SILVEIRA, C. **Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.219-232, 2015.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil: **texto constitucional** promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.190/GM de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

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

CAMPOS, GWS, 2005. **Romance de formação de um sanitarista**: um estudo de caso. Em: Lima NT, Gershman S, Edler FC e Suárez JM (Org), Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ , p. 121-150, 2006.

CANÔNICO, RP; TANAKA, ACD; MAZZA, MMPR, SOUZA, MF, BERNART, MC, JUNQUEIRA, LX. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde**. Escola na cidade de São Paulo Revista Escola Enfermagem, USP; v. 41(Esp):799-803, 2007.

JUNIOR., N. C. & SILVEIRA, C. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov-dez, 2003.

JUNIOR, N. C.; 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.

GOIÂNIA. Secretária Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Projeto Consultório de Rua**: Conquistando à Cidadania. Divisão de Saúde Mental. – Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

GRAY, AM. Inequalities in health. **The Black Report: a summary and comment.** Int J Health Serv.; **v.** 12, n. 3, p. 349-80,1982.

MAGALHÃES, Rosana. **Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação**. Ciência e Saúde Coletiva. p. 667-673 Rio de Janeiro, 2006

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 207p.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita Maria Rímoli Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RAWLS, J. **Justiça como equidade: uma concepção política não metafísica**. Tradução Regis de Castro Andrade. Revista Lua Nova n. 25, 1992.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A C. P. **O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua**. Revista Latino-Américana de Enfermagem v.13 n.4 Ribeirão Preto jul./ago. 2005

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Departamento de Ciências da Administração; UFSC: [Brasília]:CAPES:UAB, 130p.,2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde**. serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

PAIM, J. S. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de sa**úde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n .2, p. 34-46, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde**: Balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública. Salvador, n.40 (N. ESPECIAL), p. 73-78, 2006.

VIEIRA DA SILVA, LM, ALMEIDA-FILHO, N. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos.** Cadernos de Saúde Pública; v. 25, n. 2, p. 5217-2, 2009.

CMYK: Nuances do Consultório na rua

Mariane Rocha [1], Edsaura Pereira [2], Mary Anne França [3]

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás, Brasil. enfermeirabenjamin@gmail.com

[2] Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, UFG. edsauramaria@gmail.com

[3] Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás. maryanne_sa@hotmail.com

Resumo: Estudo de abordagem qualitativa, descritiva, realizado com as equipes de Consultório na Rua, no município de Goiânia, GO. Como objetivo, analisar o impacto da vinculação do Consultório na Rua, com a Atenção Básica à Saúde, em Goiânia, Goiás. A Coleta de dados se deu por meio de grupo focal. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais dos serviços de Consultório na Rua, em Goiânia, Goiás, no ano de 2016. Ao compreender as fragilidades e potencialidades dos cuidados em saúde com a população de rua, pretende-se contribuir com a melhoria da estruturação do serviço e fortalecimento da Política Nacional da Atenção Primária, no município de Goiânia, Goiás, bem como no empoderamento dos profissionais envolvidos no atendimento nos consultórios na rua, neste município. A industrialização e o capitalismo foram os principais motivadores para o aumento de pessoas em situação de rua, geralmente associado ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. A oferta de serviços de saúde para a população brasileira foi garantida pela Constituição Federal de 1988 através do SUS, devido à dificuldade em ofertar serviços de saúde de forma integral foi implantado os Consultório na Rua que sucedeu os Consultórios de Rua. As nuances que permeiam o consultório de rua e consultório na rua se diferenciam essencialmente nos processos de trabalho. A integralidade é a principal bandeira dessa mudança e a ampliação da carteira de serviços das equipes de Consultório na Rua provoca insegurança frente ao desafio de atender in loco.

Descritores: Pessoas em situação de rua**;** desigualdades em saúde; Atenção Primária à Saúde

Abstract: It´s a qualitative and descriptive study conducted with the teams of Street Office, in the city of Goiania, GO. The aim is analyze the impact of linking betwen the Street Office end the Basic Health Care in Goiânia, Goiás. The data collection will be through focus group. The subjects will be professionals from Street Office in Goiânia, Goiás, 2016. When we understand the weaknesses in health care with the street dweller, it is to contribute to improving the of the structure of service and strengthen the national primary care politic, in Goiânia, Goiás, as well as the empowerment of professionals involved with health care in the street office in this city. The Industrialization and capitalism were the main reasons for the increase in people on the street, usually associated with the abuse of alcohol and other drugs. The offer of health services to the brasilian

population was guaranteed by the Federal Constitution of 1988 through the Sistem Unic of Health, due to the difficulty in bid integral health services was implemented the Street Office. The nuances that permeate the office street whith mental care and office street primary health care differ essentially in work processes. integrality is the main impact of this change and the expansion of the service portfolio street office and causes insecurity facing the challenge of attendance in the streets.

Keywords: Homeless Persons; Health Inequalities; Primary Health Care

1. Introdução

Em decorrência do aumento de pessoas em situação de rua tornam-se visíveis as necessidades de serviços de saúde para acolher a demanda desta população especifica. Nos grandes centros urbanos percebe-se com maior frequência um grande número de pessoas nesta condição, associada, geralmente ao consumo de drogas, ao contexto de exclusão e vulnerabilidade, e historicamente, à margem das prioridades dos poderes públicos.

O intenso movimento do processo de urbanização colaborou para a ida das pessoas para as ruas, emergindo como um problema mundial inerente às grandes metrópoles desde as Revoluções Industriais até os dias de hoje (BRASIL, 2013).

A forma de viver itinerante, na incerteza de uma moradia fixa e de uma renda formal, provoca ruptura com os padrões sociais instituídos e colabora para difusão do código de vivencias da rua, levando ao surgimento do morador de rua, e um processo de convivência conflituoso com a sociedade (BRASIL, 2008; FRANGELLA, 2009). A rua leva o individuo a desenvolver uma relação compensatória aos prejuízos vividos e a busca por meios para sobrevivência e satisfação das suas necessidades, construindo assim o reconhecimento de sua identidade a partir da reivindicação de seus direitos, como a habitação, saúde e trabalho, para efetiva superação dos obstáculos que a cidade oferece (ADORNO, 2011).

A partir da década de 1980 algumas Políticas Públicas para população em situação de rua começaram a ser implementadas com apoio da sociedade civil organizada nas maiores metrópoles do Brasil. Estas Políticas começaram a ter visibilidade e resolutividade à medida que o fenômeno se difundia, instigando o

Poder Público Nacional a adotar um modelo de atenção para esta população específica. Porém, para chegar a esse ponto é importante contextualizar a trajetória histórica.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis federais n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL 1988; BRASIL 1990), tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, de forma gratuita. As Políticas em saúde têm por finalidade responder os problemas de saúde e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A luta em busca de garantir direitos instituídos pela Constituição Federal impulsionou a mobilização e organização do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR). Algumas situações entre elas a Chacina da Praça da Sé (São Paulo-SP) em 2004, e em 2005 o 4° Festival de Lixo e Cidadania (Belo Horizonte - MG) colaboraram para conscientizar essa população em busca do resgate da cidadania e o respeito.

A Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, instituída através do Decreto s/nº de 25 de outubro de 2006, foi o primeiro marco político nacional com vista diminuição da exclusão desse grupo populacional. Com composição Interministerial, além da fundamental participação de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada (BRASIL, 2006).

No contexto saúde, em 2009, foi lançado um edital, para composição do Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) 2009-2010 (BRASIL, 2009).

O Consultório de Rua tinha como finalidade o atendimento em loco das pessoas em situação de rua usuários de álcool e drogas, dispensando atenção psicossocial. Para ampliar a assistência a esta população e torná-la mais integral e resolutiva foi aprovada, em 2012 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a diretrizes para as equipes multiprofissionais para populações especificas, entre elas, o consultório na rua (BRASIL, 2012), permitindo a ampliação da abordagem do cuidado para esta população.

A atenção à saúde da população em situação de rua no município de Goiânia começou a ter forma em 2010, quando aderiu à proposta de Consultórios de Rua e em 2011 inaugurou o serviço de Consultório de Rua, vinculado à Divisão de Saúde Mental e a um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) do município: o Girassol, contando com o apoio de vários dispositivos intersetoriais.

A atenção primária é porta de entrada para o SUS e se comunica com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS). A organização da RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população visa à equidade de acesso às ações de saúde.

Assim, a consolidação e efetivação do conceito de Atenção Primária á Saúde (APS) na prática dos serviços de saúde visam resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, organizando os fluxos e os contra fluxos dos usuários na RAS e responsabilizando-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2011).

A APS no Brasil possui fundamentos e diretrizes definidas na PNAB (Brasil, 2012), são elas: I - Ter território adstrito, sempre em consonância com o princípio da equidade; II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; II - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado e da coordenação do cuidado; IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas

tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; e V - Estimular a autonomia das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e no exercício do controle social.

Barbara Starfield propôs parâmetros para qualificar a APS, isto é, os atributos, que têm sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS. Starfield (2002) define quatro atributos essenciais que devem delimitar a organização da APS, e possuem o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e Coordenação da atenção.

O primeiro contato refere-se ao acesso, a um ponto de entrada acessível para as pessoas buscam atenção à saúde, quanto a longitudinalidade é a existência de atenção e seu uso ao longo do tempo. Entende-se por integralidade os serviços como parte de arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, a coordenação da atenção é o que garante a continuidade do cuidado para que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo (STARFIELD, 2002).

Quando a PNAB, esta traz o Consultório na Rua (CR) como dispositivo da atenção básica. O município de Goiânia pautado no texto da portaria nº 123/2012 altera sua equipe de consultório de rua em equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, com o novo arranjo, o município passou a ter duas eCR (uma equipe modalidade II e a outra modalidade III) vinculadas com o Departamento de Atenção Primária e lotadas no Distrito Sanitário Campinas Centro, no Centro de Saúde da Família Leste Universitário.

As eCR de Goiânia atuam sem território adscrito e sem divisão territorial entre as equipes. Sendo que uma equipe trabalha em conjunto com a outra, levando em alguns momentos a concepção de uma única equipe. O serviço funciona com 15 profissionais entre eles um médico, dois enfermeiros, dois psicólogos, dois assistentes sociais, sete agentes sociais e um motorista (não compõe a equipe proposta pela PNAB, mas ele participa das reuniões e tem seus pontos de vista acolhido pelos demais da equipe), com o horário de atendimento das

sete horas às 19 horas, divididas em turno matutino e vespertino, de segunda feira a sexta feira, e nos sábados das oito horas às 18 horas.

Partindo-se do pressuposto que a alteração do Consultório de Rua, implantado inicialmente na lógica da saúde mental, e alterado pela Política Nacional da Atenção Básica, em 2012 para Consultório na rua, implicou em uma mudança para além da denominação de “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”, mas também na ampliação do modelo de atenção. Portanto, pretende-se responder: quais as mudanças na execução das atividades e o impacto para o serviço do Consultório na Rua de Goiânia após a vinculação com a Atenção Básica?

Espera-se dessa forma, que a pesquisa resulte na análise da vinculação do Consultório na Rua em Goiânia – GO com a Atenção Primária a Saúde, bem como a Identificação das ações desenvolvidas pelos profissionais do Consultório na Rua e relacione as alterações ocorridas com a mudança do Consultório de Rua para Consultório na Rua na percepção dos referidos profissionais.

Desenho metodológico

O tipo de estudo é de natureza qualitativa, descritiva. O cenário de estudo refere-se ao Município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, com população de moradores de rua de 351 pessoas, segundo censo realizado pelo Núcleo de Estudos sobre Criminalidade e Violência (NECRIVI) da Faculdade de Ciências Sociais (FCS/UFG) junto com a Prefeitura de Goiânia (GOIÂNIA, 2016).

O estudo foi realizado no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Goiânia. A população do estudo é composta pelos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do Consultório na Rua do município de Goiânia. Como critério de inclusão neste estudo, participaram os profissionais de saúde lotados no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - GO. Como critério de exclusão os profissionais que estavam de férias ou licenças na época da coleta de dados ou não aceitaram participar da pesquisa.

Os nomes dos participantes foram substituídos por nomes de avenidas e rua importantes do município de Goiânia e receberam os seguintes nomes:

Avenida Anhanguera, Avenida Independência, Avenida Paranaíba, Avenida Goiás, Avenida Tocantins, Rua 04 e Avenida 85.

Para a realização do estudo foi realizado grupo focal que constitui um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa a fim de gerar dados (POPE, C.; MAYS, N., 2009). Segundo Barbour (2009), o grupo focal tem sido muito utilizado para a investigação do por que da não aceitação ou adesão de certos serviços. Ao usar grupos preexistentes, alguém pode observar fragmentos das interações que se aproximam dos dados que acontecem naturalmente (POPE; MAYS, 2009).

Foram adotados os critérios éticos conforme a Resolução 466/2012. Durante a realização da pesquisa foi assegurado ambiente acolhedor, com boa acústica e privacidade. O grupo focal contou com um mediador/moderador e com sete participantes.

O grupo focal foi registrado por três gravadores de áudio e uma câmera digital para filmagem disposta estrategicamente para captar todas as falas.

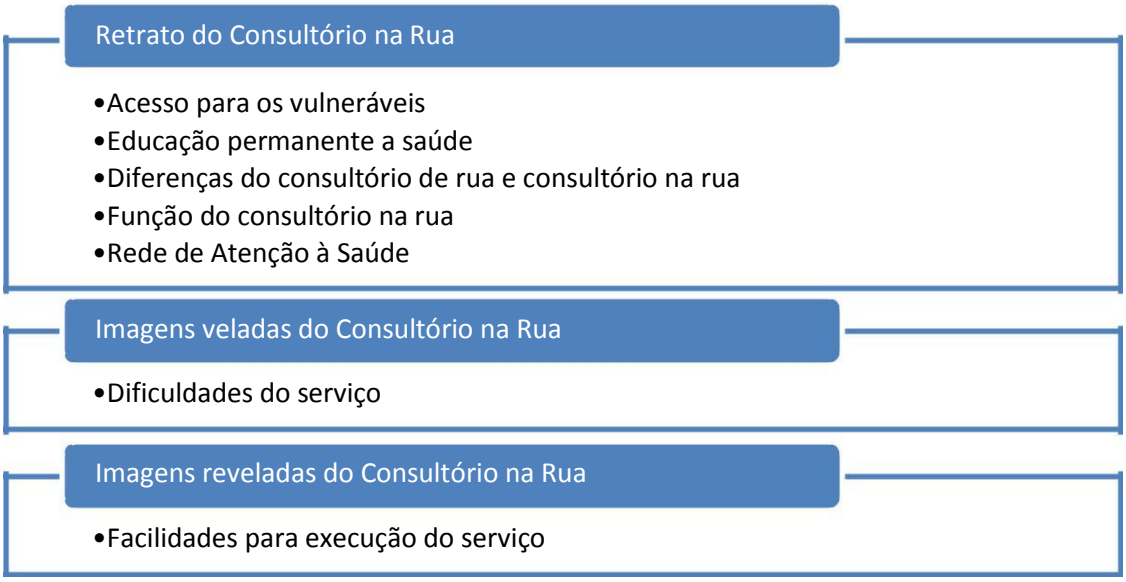
Após concluir a coleta de dados, foi realizado transcrição das falas em forma de texto de um dos áudios. O áudio foi ouvido exaustivamente, e selecionado o que possuía maior nitidez para a transcrição dos dados.

Um software foi usado para auxiliar na edição, visualização, interligação e organização do documento: o WebQDA. Com essa ferramenta foi possível criar categorias, codificar, controlar e filtrar os dados com o objetivo de responder às suas questões de investigação. O software de análise qualitativa, o WebQDA é um software de análise de textos, vídeos, áudios e imagens que funciona num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet (NERI DE SOUZA, COSTA, MOREIRA, 2012).

Após a seleção das unidades de análise foi construído um quadro com subcategorias por unidade de sentido, sendo que as subcategorias não são excludentes. O processo de categorização resultou em sete subcategorias, e por convergiram em três categorias maiores (figura 01). Na sequência, os dados foram submetidos a um processo de questionamento. As três categorias

e suas respectivas subcategorias são apresentadas e ilustradas com trechos de relatos dos participantes.

Figura 01: Categorias e subcategorias.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para a análise descritiva desenvolvida com base no referencial teórico foi utilizado a Análise de Conteúdo proposta por BARDIN (2011). Segundo este autor, esta é uma proposta de análise e tratamento de dados qualitativos que busca a compreensão de sentido que se dá na comunicação, e para tanto leva em extrema consideração o contexto histórico social no qual o indivíduo e os fenômenos estudados se inserem, buscando uma junção interpretativa entre as ciências sociais e a filosofia como forma de aprofundamento e entendimento das forças que movem o homem em suas relações com o meio.

Retrato do Consultório na Rua

Essa categoria é um retrato do consultório na rua, de como ele funciona, como é construída a rede de atenção e principalmente o que é o consultório na rua após ter sido consultório de rua. Nessa categoria foram identificadas cinco subcategorias o que correspondeu á 61% das falas.

- **Acesso para os vulneráveis**

O acesso para as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidades está presente na fala de 03 participantes. Para Junior, Jesus e Crevelim (2010)

favorecer o acesso das pessoas em situação de rua à atenção básica por meio de trabalhos específicos como, a atuação em logradouros públicos e/ou albergues e do estabelecimento de vínculos e acompanhamento dos cuidados necessários aos indivíduos em situação de rua tem obtido sucesso.

A baixa procura e as dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde, de forma particular a população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justifica intervenções in loco (Brasil, 2010). Ainda que a eCR realize abordagens e ações in loco o acesso aos serviços de saúde é uma barreira. Sobre esse tema, Avenida Anhanguera elucida no seu relato que:

> *"Facilitar o acesso da pessoa em situação de rua aos serviços, e também aos outros serviços que fazem parte da rede intersetorial, já que eles sozinhos, por si só, muitas vezes não são atendidos, pelo preconceito, pela falta de documentos, etc".*

E conclui sua fala ressaltando que *"porque ele é um sujeito de direitos, e como qualquer outro cidadão ele tem o direito de chegar na porta do serviço e ser atendido como qualquer outro".*

A vulnerabilidade dos indivíduos constitui um dificultador do acesso aos serviços de saúde de forma oportuna deixando-os a margem, aumentando os riscos e suas vulnerabilidades.

- **Rede de Atenção à Saúde**

A condição intrínseca no sentido de assistir integralmente a população em situação de rua, é que tem que ser superado as ações isoladas, a fim de que elas se ajustem na premissa de um trabalho intersecretarial, já que a parceria é fundamental no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. (JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). Nessa vertente a subcategoria Rede de Atenção à Saúde contou com a colocação de seis participantes.

Avenida Independência alertou que: *"Não adianta a gente pensar que eCR vai resolver a vida do morador. A gente tem que estar lá integrado com outros setores lutando para que tenham muitas políticas públicas para se pensar em algum caminho"*.

A reinserção social, bem como a reabilitação desses usuários, são processos de construção permanentes, centrados em princípios norteadores como atenção integral, ações intra e intersetoriais, atendimento multiprofissional, ética e respeito aos direitos humanos (LIMA E SEIDL, 2015). Avenida Independência relata ainda que:

> *“E passar pedrinhas de brilhante, entendeu? Sei lá o que. Então essa é uma cobrança muito grande de que a gente faça coisas. (...) tinha que ter políticas públicas de habitação, política de habitação. Não é Minha Casa, Minha Vida, com o povo da rua, só! É política de habitação. Vai para uma instituição de abrigamento, depois vai para um hotelzinho, depois para uma república. É isso que tinha que ser (...) política de trabalho, de tudo, de Reabilitação social (...) e nunca foram inseridos direto, não é? Se estão lá é porque já estavam desinseridos”.*

Sobre como é a RAS, a Avenida Paranaíba complementou que: *“A gente consegue fazer até pela prática, que a gente está inserido e a gente acompanha e faz também articulações dessa rede”.*

Avenida Goiás afirma que: *”Hoje já tem a portaria [nº 077 / 2014], que se a pessoa fala, "olha, eu não vou atender morador de rua sem documento", a gente fala assim, "você conhece a portaria?”(...) Então, a rede foi meio levada no muque, sempre. Ela nunca foi dada”.*

A Portaria nº 077/ 2014 é um termo de compromisso assinado entre as Secretarias Municipal de saúde e a de Assistência social que estabelece fluxos e protocolo intersetorial de atendimento para a população em situação de rua entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ação corroborada por Londero, Ceccim , Bilibio, (2014), quando afirma que o Consultório na Rua não trabalha isoladamente, ele necessita da rede de saúde e intersetorial para abrange o cuidado integral, universal e igualitário ditado pelo SUS.

- **Educação Permanente à Saúde (EPS)**

A EPS favorece a compreensão da realidade no campo da saúde e do meio ambiente e auxilia a população a se organizar para modificá-la (FLICSH, et al, 2014). Essa subcategoria teve a participação de todos. Nessa vertente,

Avenida Independência relata que: *“Falta capacitação para todo mundo”,* em seguida ela descreve como acontece o processo educacional para o serviço.

> *“(...) veio um grupo de São Paulo para cá, dentro de uma elaboração da RAPS de que está sendo feita, e também teve partes da rua, que só não foi quem não quis... Tem um curso pela Fio Cruz, virtual, EAD, que só não faz quem não quer. A gente tem, hoje em dia, que ser sujeito da nossa capacitação também... Então a capacitação é uma coisa que a gente também busca. Então não pode só esperar vir, porque isso está cada dia menor”.*

A proposta de Educação Permanente em Saúde veio ao encontro das necessidades de aperfeiçoar o processo de educação e deixá-lo mais participativo, respeitando os saberes e valorizando a aprendizagem nos locais de trabalho (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

- **Diferenças do consultório de rua e consultório na rua**

Essa subcategoria contou com a participação de três pessoas. Avenida Independência considera que*:*

> *“Eu acho que essa é uma grande diferença do que era um consultório de rua para o que é o Consultório na Rua. Quando ele pegava os preceitos, as diretrizes da saúde mental, a questão da clínica ampliada era muito mais presente. E o que significa essa clínica ampliada? É aquela coisa lá do Gastão wagner que tem o núcleo do conhecimento e que tem o campo do conhecimento. Então se atuava muito mais no campo do conhecimento. Então parecia que todo mundo fazia a mesma coisa, e não era. Cada qual tinha o seu olhar, que nem a doutora (...) colocou, cada qual tinha sua especificidade por cima da mesma pergunta, do mesmo caminho. Mas ia compondo para avançar”.*

E quanto ao serviço compondo a Atenção básica ela pondera:

> *“Quando a gente vai para a atenção básica, a atenção básica é mais pragmática. Então ela fica cobrando assim, "o que você faz como enfermeira? O que você faz como psicólogo?", e essa coisa do núcleo da saúde, do núcleo e do campo, ela tem que estar muito mais nítida. Então essa, para mim, foi uma das maiores diferenças. A gente sente muito mais a cobrança das particularidades que a saúde mental tinha superado, porque eu acho que isso é uma superação”.*

Para Avenida Anhanguera: *“Perdemos um pouco de autonomia”.* A Rua 04 pondera : “*Por exemplo, é uma cobrança de como é o fulano, como é o nome, como é a mãe, isso é difícil demais de a gente saber”.*

Para Londero; Ceccim; Bilibio (2014) um Consultório “de” ou “na” Rua, representa a tendência, sob diferentes modalidades, da experiência com a Redução de Danos e com o PSF Sem Domicílio, Logo nas primeiras intervenções, ficou claro que tal população não necessitava de atenção apenas na abordagem quanto ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, precisavam de cuidados em saúde de maneira ampliada devido aos agravos decorrentes da situação de rua.

- **Função do consultório na rua**

Na subcategoria que descreve as funções do serviço teve colocações de cinco participantes. Essa subcategoria descreve o papel desempenhado pelos profissionais. Avenida Goiás coloca que a principal função é*: “Atender na área de saúde a população que se encontra em situação de rua. Aí é uma coisa que a partir disso você desprende muita coisa. Mas o objetivo é na atenção da saúde”.*

Para Avenida Independência é:

> *“E eu acho que tem outro lado também nessa atenção, é prestar atenção in loco. Então uma coisa é ser o meio.que é isso que ela coloca... você fazer exercer o direto à saúde pública e a outras políticas públicas. (...) Quando a gente fala que a gente trabalha na ala de redução de danos(...) a gente trabalha para reduzir danos na rua, que é assim, melhorar a qualidade de vida daquela pessoa. Esse é um papel muito importante nosso.. resgatar a auto estima, melhorar a qualidade de vida, fazer ser visível para as políticas públicas e faz ser visível para as outras pessoas”.*

Avenida Tocantins ressalta que:

> *“Primeiramente criar um vínculo com o usuário, porque sem um vínculo nada anda. Então a gente vai criando um vínculo e vai perguntando, "em relação à saúde, o que você precisa?", é, assim, o papel principal, primordial. É escutar a pessoa. Ter uma escuta terapêutica bem... para facilitar todo esse processo”.*

Tilio e Oliveira (2016) ressalta a necessidade de refletir os serviços de saúde ofertados, e sugere a ampliação da composição e das ações do CR para o atendimento integral das necessidades e demandas dessa população. Avenida Independência ainda faz a seguinte ressalva*:*

> *“Se vocês procurarem na mídia, o que é o Consultório na Rua em outros lugares que tem? Em Curitiba, em São Paulo, em Recife, na Bahia, no Rio Grande do Sul, em Anápolis, em Aparecida de Goiânia, vocês vão ver que é isso mesmo, é um trabalho especial, é uma das coisas que eu acho, hoje em dia, dentro do SUS, que ainda tem uma perspectiva do que foi sonhado mesmo para ser o intersetorial”.*

E conclui:

> *“Então eu acho que não tem "porra-louquice" nisso que o Consultório na Rua de Goiânia faz. Porque quem vê de longe e não sabe o que é direito, não sabe como um profissional tem que ter sua postura, que ele tem que sentar no chão sim, às vezes. Fica achando, "nossa, que povo maloqueiro, que povo pouco profissional", não é? Mas se você pega o que é no Brasil inteiro, você vai ver que a gente é igualzinho a todo mundo. Jacarezinho é pior do que a gente, ainda. Jacarezinho dorme na favela com o povo. Então é isso, mas é para quem quer entender. E é esse o nosso medo, que a gente não seja entendido”.*

As ações são estruturadas conforme as características da pessoa e suas vulnerabilidades, sendo que o desafio de determinar um cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, o inesperado ou o não-programado em termos da atenção prevista (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Num certo sentido, este desafio está colocado para todo e qualquer serviço de saúde, porém, estas exigências, na rua, parecem impor-se de forma intensa, persistente e inusitada (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014)

Imagens veladas do Consultório na Rua

Essa categoria reflete as imagens veladas do consultório na rua, onde foi identificada uma subcategoria, com o tema: Dificuldades do serviço. Das dificuldades relatadas nas falas de seis participantes, destaca-se a fala da Rua 04 quando ela se refere a visibilidade do serviço: *“Tem gente que não sabe quem é a gente. "Consultório na Rua? O que é isso?”. E pondera:*

> *“Polícia, Ministério Público, todo mundo demanda. E mudar essa organização para ir atrás das demandas. E também não sobra muito tempo para a gente ter outras formas de relação com a rua. Então a gente está em um momento de rever a questão da organização dos processos, do serviço, dos processos de trabalho, estamos nesse momento”.*

E também destaca que*: “O que dificulta? Não ter um sistema de informação, a cara do consultório. O sistema que vai vir é o sistema do ministério, que não é apropriado para a gente dar nossos dados verdadeiros”.*

A articulação cotidiana e contínua com outros setores públicos como assistência social, educação e segurança pública é uma estratégia fundamental para diminuir as dificuldades enfrentadas no serviço (LIMA E SEIDL, 2015; JORGE E CONRADI-WEBSTER, 2012).

O grande desafio é a construção de uma rede de serviços, constituída de instituições públicas e privadas, através de parcerias efetivas com o Estado, como a resposta assistencial mais adequada a esse grupo populacional (JUNIOR; JESUS; CREVELIN, 2010). Vale ressaltar a falta de insumos e materiais para atuação da equipe, para Lima e Seidl (2015) são aspectos que aumentam os desafios vivenciados no território e interferem na qualidade da atenção disponibilizada.

Imagens reveladas do Consultório na Rua

Essa categoria revela os conceitos positivos do consultório na rua. Teve como subcategoria as Facilidades para execução do serviço. Todos os participantes colaboraram, entre as falas temos a da Avenida Goiás: *“O que eu percebi nessas duas semanas é que a população de rua conhece bem o consultório, respeita a equipe quando chega”.* A Rua 04 nos revela que: “*E eu acho que é esse tipo de trabalho que nos alimenta, que nos dá força de seguir em frente”.*

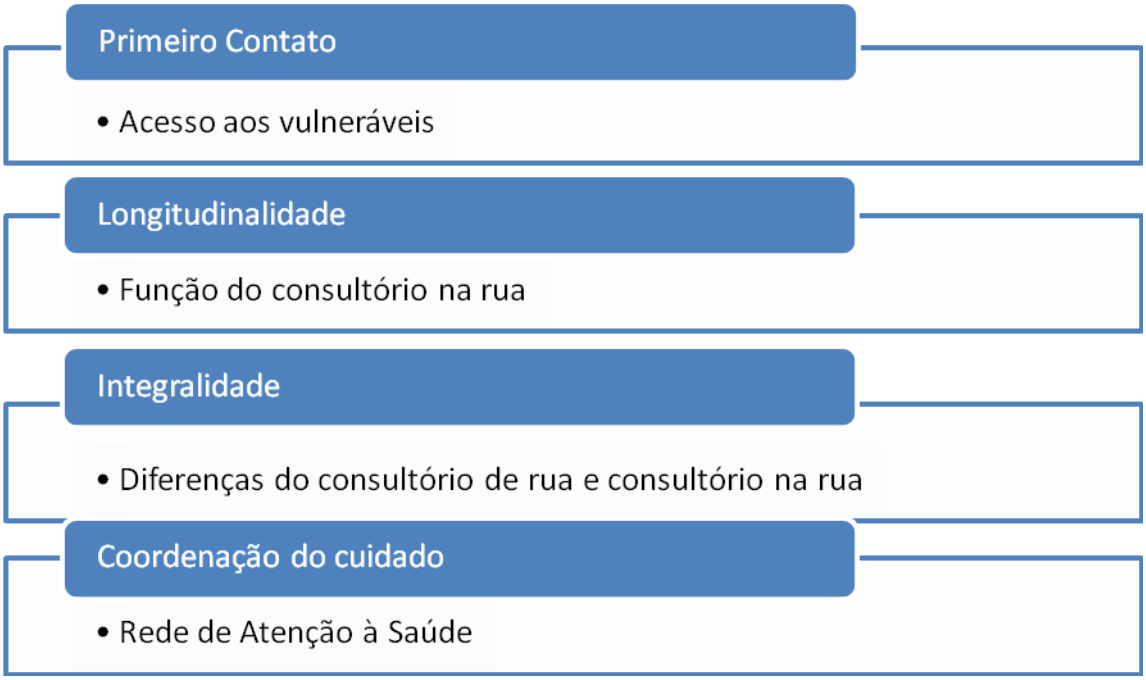
Para Avenida Goiás: *“Eu acho que a própria existência do consultório. (...) E outra coisa é a portaria, foi um facilitador enorme”.*

Considerações finais

As nuances que permeiam o consultório de rua e consultório na rua se diferenciam essencialmente nos processos de trabalho. A integralidade é a principal bandeira dessa mudança e a ampliação da carteira de serviços das eCR provoca insegurança frente ao desafio de atender in loco.

Comparando os atributos essenciais da APS com as subcategorias encontradas no estudo, resultou na Figura 02, onde todos os atributos foram contemplados.

Figura 02: Subcategorias e atributos da APS



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Consultório na Rua a abordagem da redução de danos e da atenção psicossocial é parte de um todo, mais completo, porém, com maior complexidade do que é oferecido nas ESF, sendo o grande desfio ofertar serviços de saúde sem a presença de paredes, equipamentos e dispositivos que assegurem ao paciente conforto, segurança e expostos às condições insalubres.

É imprescindível que os profissionais se sintam seguros e respaldados (conselhos de classe, parâmetros éticos e proteção individual) para desenvolverem suas ações no ambiente da rua. Para além, a EPS deve acontecer de forma natural no cotidiano das eCR. A capacitação das habilidades para trabalhar nesse serviço não é ofertada em nenhum curso e dificilmente se conseguirá fazê-lo, mas é imprescindível que os principais conteúdos trabalhados pelas eCR sejam repassados para os novos profissionais.

A existência de um território adscrito para uma população nômade é uma linha tênue que distancia o serviço CR de alguns fundamentos e diretrizes da PNAB. No CR as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garante a continuidade das ações de saúde e acontece

independente de um território com limites. Desta forma, proponho revisão da PNAB para esse serviço.

A perda da autonomia das pessoas em situação de rua gera invisibilidade e por sua vez, essa é uma fragilidade para garantia de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para aumento da vulnerabilidade dessa população. O estimulo a autonomia das pessoas e coletividades do território como diretriz da PNAB contribui no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e no exercício do controle social.

Uma Secretaria/Ministério isoladamente não consegue contemplar as necessidades da população em situação de rua em sua totalidade, mesmo dentro de uma rede intersetorial a complexidade das pessoas em situação de rua exige além do que é ofertado, e instiga uma reflexão sobre a integralidade.

A consolidação de uma política forte não consiste em reescrever políticas, resoluções e afins na tentativa de efetivar e garantir direitos, o imprescindível é a implantação de serviços que ofereça o necessário para a sua realização dentro da sua realidade e que as ações desenvolvidas pelas eCR extrapolem o espaço da rua e se solidificam em todos os espaços da RAS. No município de Goiânia a Portaria nº 077/ 2014 tem contribuído pra essa solidificação, todavia a necessidade que todos a conheçam e respeitem.

Espera-se com este estudo favorecer o fortalecimento do cuidado com a saúde da população em situação de rua, aumentando a resolutividade das ações, bem como a integração com a Rede de Atenção à Saúde, no município. Há necessidade que o serviço eCR esteja fortalecido, de forma que se equipara um sistema CMYK, formado por ações básicas, que ao entrarem em contato um com os outros se transforme em algo novo e resolutivo, contribuindo para o fortalecimento da atenção básica.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça**: políticas públicas e as populações em situação de rua. Saúde e Sociedade, etnográfica. Vol. 15, out 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, **instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.190/GM de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 123/GM de 25 de janeiro de 2012, **define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012: **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil: **texto constitucional** promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 05 set. 2016.

BRASIL. Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 05 set. 2016.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. **Educação Permanente em Saúde**: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.

FLISCH TMP, ALVES RH, ALMEIDA TAC, TORRES HC, SCHALL VT, REIS DC. **Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?** Botucatu: Interface, 2014.

FRANGELA, Simone. **Corpos Urbanos Errantes**: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 1ª edição. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

GOIÂNIA. Secretária Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Projeto Consultório de Rua**: Conquistando à Cidadania. Divisão de Saúde Mental. – Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

IERVOLINI, AS; FELICIONI, MCF. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. Revista da Escola de Enfermagem- USP, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun, 2001

JORGEI, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Consultório de Rua**: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção Saúde. Transformação Social, vol.3 n.1 Florianópolis, jan. 2012.

JUNIOR, C, 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.

LIMA, Helizett Santos; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Consultório na rua**: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas**.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n.1, p. 57-69, jan./mar. 2015.

LONDERO, MFP; CECCIM, RB; BILIBIO, LFS. **Consultório de/na rua**: desafio para um cuidado em verso na saúde Interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu. Vol. 18, n. 49, p. 251-260, abr./jun.2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549, 2011

NERI DE SOUZA, F.; COSTA, A. P.; MOREIRA, A. **Questionamento no Processo de Análise de Dados Qualitativos com apoio do *software* WebQDA**. Portugal: EduSer - Revista de educação, vol 3, p. 19-30, 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F**. Política, planejamento e gestão em saúde: Balanço do estado da arte**. Revista Saúde Pública. Salvador, n.40 (N. ESPECIAL), p. 73-78, 2006.

POPE, CATHERINE; MAYS, NYCHOLAS. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 edição, artmed, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: Acesso em: 20 mar. 2015.

TILIO, Rafael; OLIVEIRA, Juliana. **Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 21, n. 1 p. 101-113, jan./ma

CONCLUSÕES

Ao analisar a transição do Consultório na Rua em Goiânia – GO com a APS observou-se que entre os atributos da APS a Integralidade foi o que teve maior ênfase, os demais também foram contemplados, implicando ao serviço características da APS.

A mudança de Consultório de rua para Consultório na rua não aconteceu de forma confortável, embora haja concordância que após a vinculação houve progressos. Situações como a obrigatoriedade de informar o sistema de informação utilizado pelo MS (e-SUS – SISAB) incomoda os profissionais por não sentirem o registro de suas ações contempladas em sua magnitude.

Os progressos das políticas em saúde para a população em situação de rua resultaram no próprio serviço do CR, que acontece dentro de uma forma inédita e que necessita de ajustes e apoio intersetorial para o seu pleno desenvolvimento.

A principal alteração ocorrida com esta mudança é que o serviço começou a funcionar pautado nas características da APS e consequentemente com todas as responsabilidades inerentes a ela, alem de conservar a lógica da atenção psicossocial. Na ótica dos profissionais a APS é mais pragmática que a Saúde Mental, onde as situações são analisadas de forma qualitativa.

As ações desenvolvidas pelos profissionais teriam que acontecer da mesma forma que os demais dispositivos da APS, porém, a realização de algumas abordagens e procedimentos no espaço da rua é um dificultador para o serviço, mas, é importante levar em consideração que esses espaços aproximam e facilitam o estabelecimento de vínculos entre a equipe e as pessoas em situação de rua.

Assim, é um grande desafio assumir um serviço com uma abordagem tão completa e complexa, em espaços dinâmicos, com uma população em extrema vulnerabilidade e com a limitação de suporte intersetorial e algumas vezes na própria RAS.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**. Online. vol, 15, Out. 2011. Disponível em: http://etnografica.revues.org/1068. Acesso em: 15 Agos. 2015.

BARDIN, Larence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lisboa, Portugal: LDA, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: **Texto Constitucional** promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Lei N° 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 05 set. 2016.

BRASIL. Lei N° 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 05 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária-Seminário do Conass para construção de consensos** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006. **Instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial**. Brasília: Presidência da Republica, 2006.

BRASIL. **Relatório do I Encontro Nacional sobre população em situação de rua. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Brasília, DF: SNAS; SAGI, 2006. Disponível em http://www.mds.gov.br/biblioteca/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-de-informacao-sagi/livros/relatorio-do-i-encontro-nacional-sobre-a-populacao-em-situacao-de-rua. Acesso em: 15 Agos. 2015.

BRASIL. Presidência da República**. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: Presidência da República, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, 23 de dezembro de 2009. **Instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Brasília: Presidência da republica, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.190/GM de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde - SUS** (PEAD 2009-2010). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf. Acesso em: 03 mar 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1874_31_08_2012.html >. Acesso em: 03 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf>. Acesso em: 03 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 123/GM de 25 de janeiro de 2012, **define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_123_DE_25_JANEIRO_DE_2012.pdf. Acesso em: 03 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 03 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília : Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016.

FERNANDES, M. M. D., **Fechados no silêncio: os sem abrigos**. Dissertação de mestrado em relações interculturais. Universidade aberta; Porto, Portugal, 2006.

FERRO, M. C. T. **Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados**. Revista Direitos Humanos, n. 08.

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República: janeiro de 2012. Disponível em: http://www.academia.edu/3703348/Revista_Direitos_Humanos_SDH_-_janeiro_2012. Acesso em: 11 nov. 2015

FRANGELA, Simone. **Corpos Urbanos Errantes**: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 1ª edição. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

GOIÂNIA. Gabinete do Prefeito. Lei Complementar Nº 276, de 03 de junho de 2015. Goiânia: Gabinete do prefeito, 2015.

GOIÂNIA. Gabinete do Prefeito. **Censo e perfil da população em situação de rua de Goiânia**. Goiânia: Gabinete do prefeito, 2016. http://www4.goiania.go.gov.br/portal/imprimir.asp?pagina=noticias&s=1&tt=not&cd=9411&fn=true. Acesso em: 12 jul 2016.

GOIÂNIA. Secretária Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Projeto Consultório de Rua**: Conquistando à Cidadania. Divisão de Saúde Mental. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família**: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GUYAVARCH, Emmanuelle; GARCIN, Elsa. **Publics Hébergés Par Le 115 De Paris : Une Forte Progression Des Familles**. Informations sociales: Paris, v.2, n° 182, p. 142-149. 2014.

JOLY, Louise; CORNES, Michelle; MANTHORPE, Jill. **Supporting the social networks of homeless people**: Housing, Care and Support. Vol. 1, n° 4, pp.198 – 207,2014

POPE, Catherine; MAYS, Nycholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3° edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.
LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

KERTESZ, S. G. Homelessness and Health Care Published Online: 21 FEB 2014, disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118410868.wbehibs448>. Acesso em: 20/05/2016.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M.. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais**. Revista APS. V. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde. Brasília**: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENEZES, Filipa Lourenço. **Dinâmicas de risco na modernidade e desigualdades sociais**: o caso dos sem abrigo em Paris, Lisboa e Londres. Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa: Lisboa, 2008.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**.16° edição. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem. N°66, Set. 2013.

ROSSO, C.F.W. Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da rede básica de saúde em Goiânia. 204p. Tese (Doutorado) – Convênio Rede Centro-oeste Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal do Mato Grosso do SUL, 2008;

SANTOS, J.A., PARRA FILHO, D. **Metodologia Científica**. São Paulo: Futura, 1998

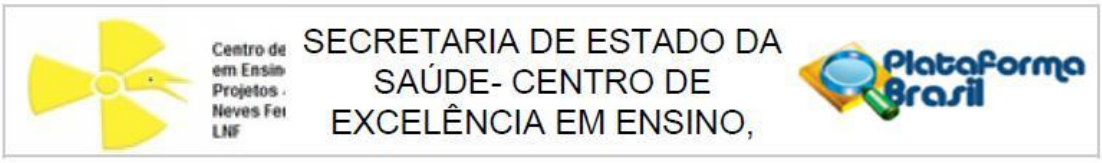
SANTOS, A R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.

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

STOFELS. Marie-Ghislaine. **Os mendigos na cidade de São Paulo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

THE U.S. DEPARTMENT OF HOUSING AND URBAN DEVELOPMENT. **Part 1 - Point-in-Time Estimates of Homelessness.** OFFICE OF COMMUNITY PLANNING AND DEVELOPMENT. The 2015 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress NOVEMBER, 2015.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

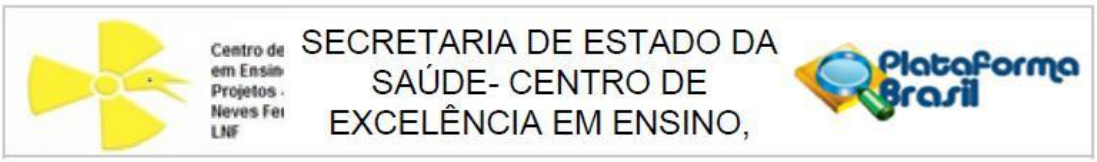
Título da Pesquisa: Análise do Consultório na rua de Goiânia - GO. **Pesquisador:** MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 52151215.2.0000.5082
Instituição Proponente: Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos - Leide das Neves
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 1.439.800

DADOS DO PARECER

O Espaço da rua nos cenários das grandes cidades é a realidade de muitas pessoas, nas mais diferentes situações. “Percorrer distâncias, migrar, perambular, não possuir residência fixa é uma dinâmica social relatada desde a Grécia antiga” (BRASIL, 2013, p.14). Historicamente a população em situação de rua fica à margem das prioridades dos poderes públicos, nesse sentido a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua foi criada como forma de orientar a construção e execução de políticas públicas. O Ministério da Saúde, em 2009, propôs o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica em 2011 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e cria equipes de atenção básica para população especificas entre elas o consultório na rua. A atenção básica é porta de entrada para o SUS e se comunica com toda Rede de Atenção à Saúde – RAS. Segundo Barbara Starfield (2002) Os sistemas de serviços de saúde devem otimizar a saúde da população empregando o conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde, de forma a minimizar as disparidades de grupos populacionais para que não haja desvantagens sistemática em relação ao seu acesso, aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua. Desta forma esse trabalho tem objetivo analisar o impacto da vinculação do Consultório na Rua em Goiânia – GO com a Atenção Primária a Saúde, estima-se que os resultados encontrados após análise dos dados ajudem no fortalecimento da Atenção Primária no município, para que haja efetiva consolidação da PNAB, aumentando a resolutividade das ações e dando visibilidade as ações desenvolvidas pelo serviço bem como a integração com a Rede de Atenção à Saúde.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

• Analisar o impacto da vinculação do Consultório na Rua em Goiânia – GO com a Atenção Primária a Saúde.

Objetivo Secundário:

• Traçar o perfil dos profissionais que trabalham no Consultório na Rua em Goiânia – GO.• Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais

do Consultório de Rua em Goiânia – GO.• Relacionar as alterações ocorridas com a mudança do Consultório de Rua para Consultório na Rua em

Goiânia – GO• Identificar Políticas públicas Nacionais e do município de Goiânia – GO que versam sobre a saúde para população em situação de rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos minimizou todos conforme relatório anterior. Benefícios apresentados no relatório anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentou todos os documentos e requisitos exigidos pelo comitê de ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu parecer anterior inserindo documento da instituição.

Recomendações:

Recomenda-se que na utilização do termo de consentimento durante a pesquisa seja substituído a logomarca deste CEP para a logomarca da instituição executante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião ordinária nas instalações do CEP "Dr. Henrique Santillo" dia 04/03/2016, declarou o projeto APROVADO.

Recomenda-se que na utilização do termo de consentimento durante a pesquisa seja substituído a logomarca deste CEP para a logomarca da instituição executante.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENSINO,

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_608517.pdf	22/02/2016 12:36:11		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciainstituicao.pdf	22/02/2016 12:35:48	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA	Aceito
Outros	CurriculoLattesMariane.pdf	21/12/2015 07:34:05	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPLATAFORMa.docx	08/12/2015 09:33:42	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ATermoAdeAConsentimentoALivreAeAEsclarecidoA.docx	08/12/2015 09:32:21	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao26102015.pdf	07/12/2015 10:23:03	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	paracerfavoravel27102015.pdf	29/10/2015 07:13:15	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso27102015.pdf	29/10/2015 07:12:32	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoconfidencia27102015.pdf	29/10/2015 07:12:03	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	21/10/2015 16:18:31	MARIANE DE SOUZA BENJAMIN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 07 de Março de 2016

Assinado por:
GLAUCIENE UMBELINA DE FREITAS ESTEVES
(Coordenador)

APÊNDICE

APÊNDICE 01 – TERMOS E DECLARAÇÕES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Nuances do Consultório na Rua.

Desenvolvida por Mariane de Souza Benjamin Rocha, telefone de contato (62) 8114 0708, matriculada no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no Núcleo de estudo de Saúde Coletiva – NESC da Universidade Federal do Goiás – UFG, sob a orientação da professora Doutora Edsaura Maria Pereira.

O objetivo central da pesquisa é: Analisar a vinculação do Consultório na Rua em Goiânia – GO com a Atenção Primária a Saúde, bem como, identificar as Políticas Públicas Nacionais e do município de Goiânia – GO que versam sobre a saúde da população em situação de rua e relacionar as alterações ocorridas com a mudança do Consultório de Rua para Consultório na Rua em Goiânia – GO na percepção dos profissionais que compõem a equipe do Consultório na Rua, fazendo-se necessário a coleta de dados neste serviço, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa.

O convite a sua participação se deve ao fato de que as informações fornecidas e os efeitos positivos gerados irão inspirar a continuidade do trabalho, bem como facilitá-lo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Será realizado um grupo, os depoimentos dos participantes serão gravados (somente áudio) com recurso de aparelho gravador de áudio e posteriormente redigidos, sendo que a intimidade de cada um deles será preservada pela atribuição de um número que corresponderá a cada um. Os dados colhidos (áudio e material escrito) serão usados apenas para fins desta pesquisa científica. Eles ficarão guardados durante cinco anos e posteriormente serão incinerados.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. O nome do participante será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Para coleta de dados será realizado um grupo focal. A realização do grupo focal está sujeita a expor os participantes a alguns riscos, como o desconforto gerado pela própria falta de informação e o constrangimento por expor opiniões e dúvidas para os outros integrantes do grupo.

O tempo de duração das será de 90 minutos.

As sessões serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de que, ao final do trabalho, ajude no fortalecimento da Atenção Primária no município, partindo do pressuposto que a compreendendo as fragilidades e potencialidades do serviço haja o processo de consolidação da Politica Nacional de Atenção Primária, aumentando a resolutividade das ações e integração com a Rede de Atenção à Saúde.

Os dados coletados serão utilizados para fins dessa pesquisa e poderão ser publicados ou apresentados em revistas e eventos científicos.

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Endereço: Rua três, quadra três, lote oito, Vila São Joaquim CEP 74910 460 Aparecida de Goiânia - Goiás

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu,_____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador

_____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Goiânia, ___ de _____ de ____

_____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:_____Assinatura:_____

Nome:_____Assinatura:_____

O Termo será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “Análise do Consultório na Rua” realizada por Mariane de Souza Benjamin Rocha, telefone de contato (62) 8114 0708, matriculada no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no Núcleo de estudo de Saúde Coletiva – NESC da Universidade Federal do Goiás – UFG, sob a orientação da professora Doutora Edsaura Maria Pereira, a fim de desenvolver dissertação, para obtenção do título de mestre. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivos: Analisar a transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua em Goiânia – GO, bem como traçar o perfil dos profissionais que trabalham no Consultório na Rua em Goiânia – GO, identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais do Consultório de Rua em Goiânia – GO e relacionar as alterações ocorrida com a mudança do Consultório de Rua para Consultório na Rua em Goiânia – GO, fazendo-se necessário a coleta de dados neste serviço, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa.

Para a coleta de dados pretende-se realizar um grupo focal. O nome do sujeito participante será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

A realização do grupo focal poderá expor os participantes a alguns riscos, como o desconforto gerado pela própria falta de informação e o constrangimento por expor opiniões e dúvidas para os outros integrantes do grupo.

Espera-se que, o trabalho, ajude no fortalecimento da Atenção Primária no município, partindo do pressuposto que a compreendendo as fragilidades e potencialidades do serviço haja o processo de consolidação da Politica Nacional de Atenção Primária, aumentando a resolutividade das ações e integração com a Rede de Atenção à Saúde.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Goiânia, ____de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Apêndice 2 - Roteiro da discussão do grupo focal

Acolhimento dos participantes;

Leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;

Identificação dos participantes;

Qual a função do consultório na rua?;

Quais as principais dificuldades enfrentadas no processo de trabalho?

; Quais as facilidades na execução do processo de trabalho? ;

Qual o papel do consultório na rua na APS? ;

O que mudou no CR após a vinculação com a APS? ;

Qual a importância do serviço para população em situação de rua? ;

Você se percebe apto para desenvolver o serviço?.

APÊNDICE 3 – BUSCA PORTAL DA LEGISLAÇÃO DO GOVERNO FEDERAL

DESCRITOR	ANO	DOCUMENTO	TEOR	DESFECHO
POPULAÇÃO DE RUA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	(---)
MORADOR DE RUA	2006	GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL - GTI	CONSTITUI GTI, COM A FINALIDADE DE ELABORAR ESTUDOS E APRESENTAR PROPOSTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CONFORME A LEI N° 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.	NÃO INCLUSO
SITUAÇÃO DE RUA	2005	GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL - GTI	CONSTITUI GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL - GTI, COM A FINALIDADE DE ELABORAR ESTUDOS E APRESENTAR PROPOSTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CONFORME DISPOSTO NA LEI N° 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.	NÃO INCLUSO
	2006	GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL - GTI	CONSTITUI GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL - GTI, COM A FINALIDADE DE ELABORAR ESTUDOS E APRESENTAR PROPOSTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CONFORME DISPOSTO NA LEI N° 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.	NÃO INCLUSOE REPETIDO
	2009	DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7.053	INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SEU COMITÊ INTERSETORIAL DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.	NÃO INCLUSO

APÊNDICE 4 – BUSCA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESCRITOR	ANO	DOCUMENTO	TIPO	DESFECHO
SITUAÇÃO DE RUA	2005	EU VOU FICAR BEM? BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE.	VÍDEO CASSETES	INCLUSO
	2011	TUBERCULOSE E POPULAÇÃO VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E PROPOSTA DE ADESÃO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.	LIVRO 78 P.	INCLUSO REPETIDO
	2012	MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.	LIVRO (NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). 97 P.	INCLUSO REPETIDO
		O LOUCO, A RUA, A COMUNIDADE: AS RELAÇÕES DA CIDADE COM A LOUCURA EM SITUAÇÃO DE RUA PAGOT, ÂNGELA MARIA.	LIVRO 230 P.	INCLUSO
	2013	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA QUESTÃO DE EQUIDADEBRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLDER 1 DOBRA	INCLUSO REPETIDO
	2014	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLHETO 40 P.	INCLUSO REPETIDO

		EQUIPE + [MAIS] A RUA!: ABRINDO UMA PORTA: CONSOLIDANDO A CIDADANIA NO SUS: CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.	FOLHETO 35 P.	INCLUSO REPETIDO
		TUBERCULOSIS CONTROL IN BRAZIL: ADVANCES, INNOVATIONS AND CHALLENGES. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLHETO 19 P.	INCLUSO REPETIDO
	2015	CUIDAR BEM DA SAÚDE DE TODOS. FAZ BEM PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. FAZ BEM PARA O BRASIL BRASIL.SECRETARIA DE DIREITOSHUMANOS; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA.	CARTAZ	INCLUSO E REPETIDO
		SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLDER 1 DOBRA	INCLUSO E REPETIDO
MORADOR DE RUA	2011	TUBERCULOSE E POPULAÇÃO VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E PROPOSTA DE ADESÃO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO RIO DE JANEIRO (ESTADO).	LIVRO 78 P.	INCLUSO E REPETIDO
	2012	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIADE GESTÃO ESTRATÉGICAE	CARTAZ	INCLUSO E REPETIDO

		PARTICIPATIVA. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.		
		MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	LIVRO (A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS). 97 P.	INCLUSO E REPETIDO
	2014	EQUIPE + [MAIS] A RUA!: ABRINDO UMA PORTA: CONSOLIDANDO A CIDADANIA NO SUS: CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.	FOLHETO 35 P.	INCLUSO E REPETIDO
		TUBERCULOSIS CONTROL IN BRAZIL: ADVANCES, INNOVATIONS AND CHALLENGES. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLHETO. 19 P.	INCLUSO E REPETIDO
		SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLHETO. 40 P.	INCLUSO E REPETIDO
	2015	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLDER 1 DOBRA.	INCLUSO E REPETIDO
		CUIDAR BEM DA SAÚDE DE TODOS. FAZ BEM PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. FAZ BEM PARA O BRASIL BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS; BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E	CARTAZ.	INCLUSO E REPETIDO

		COMBATE À FOME; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. BRASÍLIA.		
POPULAÇÃO DE RUA	2011	TUBERCULOSE E POPULAÇÃO VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E PROPOSTA DE ADESÃO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO RIO DE JANEIRO (ESTADO).	LIVRO. 78 P.	INCLUSO E REPETIDO
	2012	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIADEGESTÃO ESTRATÉGICAE PARTICIPATIVA. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.	CARTAZ	INCLUSO E REPETIDO
		MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.	LIVRO 97 P.	INCLUSO E REPETIDO
	2013	EQUIPE + [MAIS] A RUA!: ABRINDO UMA PORTA: CONSOLIDANDO A CIDADANIA NO SUS: CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.	FOLHETO 35 P.	INCLUSO E REPETIDO
		SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FÔLDER. 1 DOBRA.	INCLUSO E REPETIDO
	2014	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLHETO. 40 P	INCLUSO E REPETIDO
		TUBERCULOSIS CONTROL IN BRAZIL: ADVANCES,	FOLHETO	INCLUSO E

		INNOVATIONS AND CHALLENGES BRAZIL. MINISTRYOF HEALTH. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.	19 P	REPETIDO
	2015	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	FOLDER 1 DOBRA	INCLUSO E REPETIDO
		CUIDAR BEM DA SAÚDE DE TODOS. FAZ BEM PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. FAZ BEM PARA O BRASIL. BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA.	CARTAZ	INCLUSO E REPETIDO

APÊNDICE 5 – BUSCA DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANO	DOCUMENTO	TEOR	DESFECHO
2014	PORTARIA Nº 1.238, DE 6 DE JUNHO DE 2014	FIXA O VALOR DO INCENTIVO DE CUSTEIO REFERENTE ÀS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA NAS DIFERENTES MODALIDADES.	INCLUSO
2014	PORTARIA Nº 1.029, DE 20 DE MAIO DE 2014	AMPLIA O ROL DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE PODEM COMPOR AS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA EM SUAS DIFERENTES MODALIDADES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	INCLUSO
2014	PORTARIA Nº 1.922, DE 5 DE SETEMBRO DE 2013	ALTERA DISPOSITIVOS DA PORTARIA Nº 122/GM/MS, DE 25 DE JANEIRO DE 2012, QUE DEFINE AS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS NA RUA.	INCLUSO
2014	**PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012**	DEFINE OS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO.	INCLUSO
2014	**PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012**	DEFINE AS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA.	INCLUSO
2014	**PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**	APROVAAPOLÍTICANACIONALDEATENÇÃOBÁSICA, ESTABELECENDO A REVISÃO DE DIRETRIZES E NORMAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	INCLUSO

APÊNDICE 6 – BUSCA DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

DESCRITOR	ANO	DIÁRIO OFICIAL	DOCUMENTO	DESFECHO
POPULAÇÃO DE RUA	2008	4409 DE 18/07	EXTRATOS DE CONTRATO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS AUTÔNOMO SEM VINCULO EMPREGATÍCIO PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO A POPULAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO/CASA DE ACOLHIDA	NÃO INCLUSO
	2011	5068 DE 21/03	EXTRATOS DE CONTRATO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS AUTÔNOMO SEM VINCULO EMPREGATÍCIO PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO A POPULAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO/CASA DE ACOLHIDA	NÃO INCLUSO
		5069 DE 23/03	EXTRATO DE CONTRATOS DE PRESTADOR DE SERVIÇOS AUTÔNOMOS SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO. SEMAS	NÃO INCLUSO
MORADOR DE RUA	2008	4395 DE 30/06	REGIMENTO INTERNO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS,	NÃO INCLUSO E REPETIDO
	2011	5033 DE 27/01	RESOLUÇÃO N°056/2010 DISPÕE SOBRE APROVAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA APRESENTADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS EM CONJUNTO COM O CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE GOIÂNIA - CMASGYN.”	NÃO INCLUSO E REPETIDO
	2015	6014 DE 30/01	DECRETO Nº 275, DE 30 DE JANEIRO DE 2015 APROVA O REGIMENTO INTERNO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS.	NÃO INCLUSO REPETIDO
SITUAÇÃO	2005	3651 DE 07/06	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ CASA DE EURIPEDES.	NÃO INCLUSO

DE RUA		3653 DE 09/06	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ MISSÃO RESGATE.	NÃO INCLUSO
		3656 DE 14/06	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ CASA TALITHA KUM	NÃO INCLUSO
		3659 DE 17/06	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ CENTRO DE APOIO ESPIRITA RAIO DE LUZ E LAR DAS CRIANÇAS DE PAI JOAQUIM	NÃO INCLUSO
	2006	3930 DE 27/07	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ ACEDEVIDA MISSÃO RESGATE.	NÃO INCLUSO
		3936 DE 04/08	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/HOSPITAL ESPÍRITAEURIPEDES BARSANULFO - CASADE EURIPEDES	NÃO INCLUSO
		39/43 DE 15/08	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ OBRAS SOCIAIS DO CENTRO ESPÍRITA ”CONSOLADOR”	NÃO INCLUSO
		3944 DE 16/08	LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS - 2007	NÃO INCLUSO
		3952 DE 28/08	EXTRATODETERMODERESPONSABILIDADE FUNDEC/FMAS/DEPARTAMENTO ASSISTENCIALDO CENTRO ESPÍRITAISMAEL.	NÃO INCLUSO
		3963 DE 15/09		NÃO INCLUSO
	2007	4072 DE 02/03		NÃO INCLUSO
		4111 DE 30/04		NÃO INCLUSO
		4121 DE 15/05		NÃO INCLUSO
		4138 DE 13/06		NÃO INCLUSO
		4179 DE 09/08		NÃO INCLUSO

		4264 DE 13/12		NÃO INCLUSO
		4265 DE 14/12		NÃO INCLUSO
	2008	4355 DE 30/04	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ CENTRO DE APOIO ESPIRITA RAIO DE LUZ	NÃO INCLUSO
		4370 DE 26/05	EXTRATO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – FUNDEC/FMAS/ CENTRO DE APOIO ESPIRITA RAIO DE LUZ	NÃO INCLUSO
		4395 DE 30/06		NÃO INCLUSO
	2011	5033 DE 27/01	CMASGYN RESOLUÇÃO AD REFERENDUM N.º 001/2011 "DISPÕE SOBRE RENOVAÇÃO DE CONVÊNIOS COM RECURSOS DO GOVERNO FEDERAL E DO TESOURO MUNICIPAL ENTRE A SEMAS/FMASGYN E INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS, PARA O ANO DE 2011.	NÃO INCLUSO
	2014	5142 DE 11/07	PORTARIA Nº 077/2014 TERMO DE COMPROMISSO AQUI INSTITUÍDO, DO FLUXO E PROTOCOLO INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO SUS/SUAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.	INCLUSO E REPETIDO
	2013	5577 DE 23/04	DECRETO Nº 2585, DE 17 DE ABRIL DE 2013. INSTITUI O COMITÊ GESTOR MUNICIPAL INTERSETORIAL DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA- COMITÊ POP RUA.	NÃO INCLUSO
		5592 DE 15/05	DECRETO Nº 2857, DE 10 DE MAIO DE 2013. DESIGNA OS REPRESENTANTES DO PODER PÚBLICO MUNICIPALNOCOMITÊGESTORMUNICIPAL INTERSETORIAL DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - "COMITÊ POP RUA" E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	NÃO INCLUSO
		5600 DE 28/05	CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA	NÃO INCLUSO

			SOCIAL DE GOIÂNIA – CMASGYN RESOLUÇÃO N.º 003/2013 DISPÕE SOBRE APROVAÇÃO DO PROJETO DE VIDA, APRESENTADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS.”	
		5601 DE 29/05	PORTARIA Nº 243, DE 22 DE ABRIL DE 2013.CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ PERMANENTE DE DEFESA DO CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA	NÃO INCLUSO
		5642 DE 29/07	PLANO PLURIANUAL 2014/2017 – ANEXO1	NÃO INCLUSO
		5718 DE 18/11	RESOLUÇÃO N. O 033/2013 APROVAR O PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA: CONQUISTANDO A CIDADANIA	INCLUSO
	2014	5763 DE 27/01	RESOLUÇÃO Nº 01, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2013 / COMITÊ POP RUA – GOIÂNIA DISPÕE SOBRE O REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ GESTOR MUNICIPAL INTERSETORIAL DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - COMITÊ POP RUA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	NÃO INCLUSO
		5803 DE 26/03	EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO N.º 459/2013 SEMAS/ FMAS E A ASSO. COMUNIDADE LUZ DA VIDA.	NÃO INCLUSO
		5805 DE 28/03	DECRETO Nº 783, DE 26 DE MARÇO DE 2014. O PREFEITO DE GOIÂNIA, NO USO DAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE CONFERE O ART. 115, INCISOS II, IV E VIII, DA LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E TENDO EM VISTA O DISPOSTO NO DECRETO Nº 2.585, DE 17 DE ABRIL DE 2013	NÃO INCLUSO
		5812 DE 08/04	CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE CMDCA-GOIÂNIA RESOLUÇÃO N.º 45, DE	NÃO INCLUSO

			18 DE MARÇO DE 2014 DISPÕE SOBRE O PLANO DE AÇÃO E APLICAÇÃO, BIÊNIO 2014-2015, DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, GOIÁS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	
		5877 DE 15/07	LEI Nº 9438, DE 14 DE JULHO DE 2014 DISPÕE SOBRE AS DIRETRIZESPARAAELABORAÇÃODALEI ORÇAMENTÁRIA PARA O EXERCÍCIO DE 2015 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	NÃO INCLUSO
		5883 DE 23/07	DECRETO Nº 1791, DE 22 DE JULHO DE 2014. ALTERA O DECRETO Nº 2.585, DE 17 DE ABRIL DE 2013.	NÃO INCLUSO
		5933 DE 01/10	PORTARIA Nº 077/2014 TERMO DE COMPROMISSO AQUI INSTITUÍDO, DO FLUXO E PROTOCOLO INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO SUS/SUAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA,	INCLUSO E REPETIDO
	2015	6014 DE 30/01	DECRETO Nº 275, DE 30 DE JANEIRO DE 2015 APROVA O REGIMENTO INTERNO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEMAS.	NÃO INCLUSO REPETIDO
		6021 DE 10/02	CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE CMDCA-GOIÂNIA RESOLUÇÃO N.º 51, DE 29 DE JANEIRO DE 2015 DISPÕE SOBRE A CONVOCAÇÃO DA 10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	NÃO INCLUSO
		6090 DE 28/05	LEI Nº 9.582, DE 28 DE MAIO DE 2015 DISPÕE SOBRE O PLANO MUNICIPAL DOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 2014-2024 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS	NÃO INCLUSO
		6094 DE 03/06	DECRETO Nº 2483, DE 01 DE OUTUBRO DE 2015 DISPÕE	NÃO INCLUSO

			SOBRE A ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL, ESTABELECE UM NOVO MODELO DE GESTÃO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIA	
		6105 DE 22/06	DECRETO Nº 1455, DE 19 DE JUNHO DE 2015 SERVIDORES MANTIDOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL	NÃO INCLUSO
		6122 DE 15/07	EXECUÇÃO DO PROJETO DE VIDA FMAS EXECUÇÃO DO PROJETO CULTIVANDO VIDAS FMAS EXECUÇÃO DO PROJETO DE VOLTA PARA CASA FMAS	NÃO INCLUSO
		6133 DE 30/07	LEI Nº 9.629, DE 29 DE JULHO DE 2015 DISPÕE SOBRE AS DIRETRIZESPARAAELABORAÇÃODALEI ORÇAMENTÁRIA PARA O EXERCÍCIO DE 2016, ALTERA A LEI Nº 9.527, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2014 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.	NÃO INCLUSO
		6177 DE 01/10	DECRETO Nº 2483, DE 01 DE OUTUBRO DE 2015 INSTITUI O COORDENADOR DO COMITÊ GESTOR MUNICIPAL INTERSETORIAL DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – COMITÊ POP RUA	NÃO INCLUSO

APÊNDICE 7 – CONSOLIDADO DAS BUSCAS

	ANO	TIPO DE DIRETRIZ GOVERNAMENTAL	TITULO
01	2011	LIVRO / MANUAL	TUBERCULOSE E POPULAÇÃO VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E PROPOSTA DE ADESÃO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. RIO DE JANEIRO.
02	2012	CARTAZ	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.
03	2012	LIVRO / MANUAL	MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA.
04	2012	LIVRO / MANUAL	O LOUCO, A RUA, A COMUNIDADE: AS RELAÇÕES DA CIDADE COM A LOUCURA EM SITUAÇÃO DE RUA. PAGOT, ANGELA MARIA. RIO DE JANEIRO.
05	2013	FOLDER	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.
06	2013	RESOLUÇÃO	RESOLUÇÃO N° 033/2013. APROVA O PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA: CONQUISTANDO A CIDADANIA
07	2014	PORTARIA	PORTARIA Nº 077/2014 TERMO DE COMPROMISSO AQUI INSTITUÍDO, DO FLUXO E PROTOCOLO INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO SUS/SUAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

08	2014	FOLHETO	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. COORDENAÇÃO-GERAL DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA E AO CONTROLE SOCIAL.
09	2014	FOLHETO	TUBERCULOSIS CONTROL IN BRAZIL: ADVANCES, INNOVATIONS AND CHALLENGES. BRAZIL. MINISTRYOF HEALTH. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE.
10	2014	FOLHETO	EQUIPE + [MAIS] A RUA!: ABRINDO UMA PORTA: CONSOLIDANDO A CIDADANIA NO SUS: CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA. CENTRO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS GRUPAIS ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE. CIEG.
11	2014	PORTARIA	PORTARIA Nº 1.238, DE 6 DE JUNHO DE 2014 FIXA O VALOR DO INCENTIVO DE CUSTEIO REFERENTE ÀS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA NAS DIFERENTES MODALIDADES.
12	2014	PORTARIA	**PORTARIA Nº 1.029, DE 20 DE MAIO DE 2014** AMPLIA O ROL DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE PODEM COMPOR AS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA EM SUAS DIFERENTES MODALIDADES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
13	2014	PORTARIA	PORTARIA Nº 1.922, DE 5 DE SETEMBRO DE 2013 ALTERA DISPOSITIVOS DA PORTARIA Nº 122/GM/MS, DE 25 DE JANEIRO DE 2012, QUE DEFINE AS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS NA RUA.

14	2014	PORTARIA	**PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012** DEFINE OS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO.
15	2014	PORTARIA	**PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012** DEFINE AS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA.
16	2014	PORTARIA	**PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011** APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECENDO A REVISÃO DE DIRETRIZES E NORMAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS).
17	2015	CARTAZ	CUIDAR BEM DA SAÚDE DE TODOS. FAZ BEM PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. FAZ BEM PARA O BRASIL BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS; BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGO. 2015.
18	2015	FOLDER	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DIREITO HUMANO BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. BRASÍLIA; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGO., 2015.